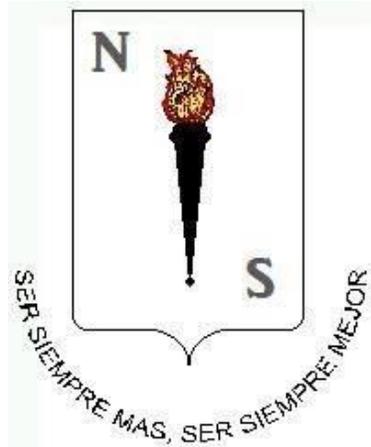


ESCUELA DE ENFERMERÍA DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD  
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.

CLAVE 8722.



**TESIS:**

**CONTROL PRENATAL, EN LA VISIÓN DE LA MATRONA JUANA MARÍA VÁZQUEZ LARA.**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.

ALUMNA:

ITZEL AILIN GARCÍA CASTILLO.

ASESORA DE TESIS:

LIC. EN ENF. MARIA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO.

MORELIA, MICHOACÁN. 2021.



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

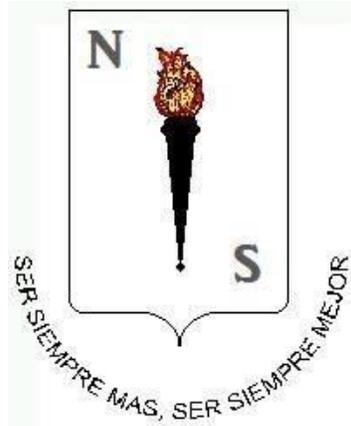
**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ESCUELA DE ENFERMERÍA DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD  
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.

CLAVE: 8722.



**TESIS:**

**CONTROL PRENATAL, EN LA VISIÓN DE LA MATRONA JUANA MARÍA VÁZQUEZ LARA.**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.

ALUMNA:

ITZEL AILIN GARCÍA CASTILLO.

ASESORA DE TESIS:

LIC. EN ENF. MARIA DE LUZ BALDERAS PEDRERO.

MORELIA, MICHOACÁN. 2021.

## **Agradecimientos.**

Dios, tu amor y tu bondad no tienen fin, me permites sonreír ante todos mis logros que son resultados de tu ayuda, y cuando caigo y me pones a prueba, aprendo de mis errores y me doy cuenta de los obstáculos en frente mío para que mejore como ser humano, y crezca de diversas maneras.

Este trabajo de tesis ha sido una gran bendición en todo sentido y se los agradezco queridos padres, abuelos, hermanos, y a mi querida hija Julieta que es lo máspreciado que tengo, y el motor para seguir adelante, luchando y ser una mejor persona para ser un gran ejemplo a seguir para mi primogénita.

Gracias por estar presente, no solo en esta etapa tan importante de mi vida, sino en todo momento ofreciéndome lo mejor, apoyándome y buscando lo mejor para mi persona.

Cada momento vivido durante todos estos años, son simplemente únicos, cada oportunidad de corregir un error, la oportunidad de que cada mañana poder empezar de nuevo, sin importar la cantidad de errores cometidos durante todos estos años.

Siendo un gran ejemplo para mí, y recordándome a mí misma que todos merecemos una segunda oportunidad y que mis padres me lo han hecho ver todo el tiempo, no solamente de palabra sino también con acciones.

Gracias por todo.

## **Dedicatoria.**

Mi tesis la dedico con todo mi amor y cariño a mí querida hija y mis padres, por su sacrificio y esfuerzo por apoyarme con mi hija, por darme una licenciatura para el futuro de mi hija y el mío, por creer en mi capacidad, aunque hemos pasado momentos difíciles siempre han estado brindándome su comprensión, cariño y amor incondicional.

A mí amada Julieta por ser mi fuente de motivación e inspiración para poder superarme cada día más y así poder luchar para que la vida nos depare un futuro mejor.

A mis hermanos quienes con sus palabras de aliento no me dejaban decaer para que siguiera adelante y siempre sea perseverante y cumpla con mis ideales.

A mis abuelos por todo el apoyo brindado durante estos años, y por creer en mi sin dudarlo ningún día el que podría lograr, lo que alguna vez fue solamente un sueño.

A mis amigos presentes y pasados, quienes sin esperar nada a cambio compartieron su conocimiento, experiencias, alegrías y tristezas y a todas aquellas personas que durante estos cuatro años estuvieron a mi lado ayudándome a que esto se haga realidad.

Gracias por todo su amor y comprensión.

## Índice.

<b>1 Introducción.....</b>	<b>1</b>
<b>2 Marco teórico.....</b>	<b>3</b>
2.1 Vida y obra.....	6
2.2 Influencias.....	13
2.3 Hipótesis.....	16
2.4 Justificación.....	17
2.5 Planteamiento del problema.....	18
2.6 Objetivos.....	19
2.6.1 General.....	19
2.6.2 Específico,.....	19
2.7 Metodología.....	20
2.7.1 Inductivo.....	20
2.8 Variables.....	22
2.9 Encuesta y resultados.....	23
2.10 Graficado.....	26
<b>3 Generalidades.....</b>	<b>30</b>
3.1 Aspectos históricos sobre el embarazo.....	30
3.2 Definición de control prenatal.....	32
3.3 Pruebas prenatales.....	35
3.4 Asesoramiento genético.....	40
3.5 Definición de parto normal y cesárea.....	44
3.6 Complicaciones en el embarazo.....	48
3.7 Enfermedades crónicas en la madre y en el producto.....	51

3.8 Urgencias médicas obstétricas.....	52
3.9 Hemorragias durante el embarazo.....	53
3.10 Aborto.....	57
<b>4 Embarazo.....</b>	<b>60</b>
4.1 Encuentro de espermatozoide y ovulo.....	60
4.2 Viaje hasta el útero.....	60
4.3 Herencia al hijo.....	61
4.4 Primeros signos.....	62
4.5 Primeros síntomas.....	63
4.6 Cambios internos del cuerpo de la madre.....	65
4.7 Cambios externos del cuerpo de la madre.....	66
4.8 Cambios emocionales de la futura madre.....	67
<b>5 Embarazo mes por mes.....</b>	<b>69</b>
5.1 Primer mes de embarazo.....	69
5.2 Segundo mes de embarazo.....	71
5.3 Tercer mes de embarazo.....	72
5.4 Cuarto mes de embarazo.....	73
5.5 Quinto mes de embarazo.....	73
5.6 Sexto mes de embarazo.....	75
5.7 Séptimo mes de embarazo.....	77
5.8 Octavo mes de embarazo.....	78
5.9 Noveno mes de embarazo.....	79
<b>6 Disfrutar del embarazo.....</b>	<b>82</b>
6.1 Lo esencial de una buena atención durante el embarazo.....	82
6.2 Su primera visita al obstetra.....	83

6.3 Las siguientes visitas al obstetra.....	84
6.4 Peligros cotidianos durante el embarazo.....	85
6.5 Trabajo seguro durante el embarazo.....	91
6.6 Dieta equilibrada y nutrientes esenciales durante el embarazo.....	93
<b>7 Cuidado y mantenerse en forma en el embarazo.....</b>	<b>99</b>
7.1 Preparación para ejercicios durante la gestación.....	99
7.2 Programa de ejercicios para la mujer embarazada.....	100
7.3 Estrategias de relajación en la etapa gestacional.....	102
7.4 Guardarropa durante la etapa gestacional.....	103
7.5 Preparativos para la llegada del recién nacido.....	105
7.6 Productos indispensables para la mujer y el recién nacido.....	107
7.7 Afrontar crisis de pareja durante el embarazo.....	109
7.8 Nueva paternidad y maternidad.....	110
<b>8 Cuidados e intervenciones de enfermería durante el control prenatal.....</b>	<b>112</b>
8.1 Clases de preparación al parto.....	112
8.2 Diferentes tipos de parto.....	118
8.3 Reconocimiento del inicio del parto.....	119
8.4 Fases del parto.....	121
8.5 Medidas de apoyo para el parto y matronas.....	123
8.6 Intervenciones y procedimientos de enfermería en el control prenatal.....	125
8.7 Causas de intervención quirúrgica (cesárea). ....	130
<b>9 Conclusión.....</b>	<b>131</b>
<b>10 Bibliografía.....</b>	<b>132</b>
<b>10.1 Básica.....</b>	<b>132</b>
<b>10.2 Complementaria.....</b>	<b>135</b>

**10.3 Electrónica.....137**

**11 Glosario.....139**

**12. Anexo.....168**

## **1. Introducción.**

Cada día fallecen mujeres mexicanas que se encuentran cursando un embarazo, lo que se convierte en una tragedia al poner en peligro la vida de la mujer y de los recién nacidos. No conforme con este riesgo inminente, aunque con el conocimiento actual se puede en la mayoría de los casos controlarse y prevenirse, no ha sido posible lograrlo en las dimensiones esperadas. Muchas de las madres, así como los recién nacidos, quedan con secuelas de complicaciones del parto, que determinan discapacidad, disminución de su potencial de desarrollo y la reducción de años de vida futura.

Es motivo de reflexión el ordenar las estrategias y cambiar la actitud de todos y todas las personas involucradas en el cuidado de la salud, para lograr en una gran alianza nacional para acelerar la reducción de la morbilidad materna y perinatal.

Antes del nacimiento la protección pre gestacional y prenatal desde etapas tempranas, es fundamental. Los factores de agresión como desnutrición, nutrición su óptima, tabaquismo, enfermedades concomitantes como infecciones de transmisión sexual (ITS), diabetes, sobrepeso, obesidad, hipertensión, hipotiroidismo entre otras, pueden ser atendidas y controladas para evitar complicaciones y fallecimientos. El abordaje renovado de prevención en el curso de vida, es uno solo continuo, integrado, no son etapas de vida desconectadas, deterministas, sino transformadoras y se incorporan trayectorias interactivas y promueve el desarrollo y derechos a lo largo de la vida, valorando en cada edad.

Los beneficios máximos en un grupo de edad pueden derivarse de intervenciones realizadas en una edad más temprana. Son necesarias intervenciones en varios momentos a lo largo de la vida para lograr mejores resultados y efectos acumulativos. Existen riesgos y beneficios intergeneracionales que son esenciales en el abordaje de riesgos en todos los grupos de edad.

La organización Mundial de la Salud considera que el cuidado materno es una prioridad que forma parte de las políticas públicas como estrategia para optimizar los resultados del embarazo y prevenir la mortalidad materna y perinatal.

La atención centrada en la paciente y la familia es un enfoque para la planificación del parto y evaluación de la atención de la salud que se basa en el entendimiento que la familia juega un papel vital en asegurar la salud y el bienestar de pacientes de todas las edades. El objetivo final de la atención centrada en la paciente y la familia es crear alianzas entre los

profesionales de la salud, las pacientes y sus familias que conduzcan a resultados y mejoren la calidad y la seguridad de la atención de la salud.

La atención prenatal implica no sólo el número de visitas sino cuándo fueron realizadas durante el transcurso del embarazo y la calidad de las mismas. El programa de atención prenatal, con inicio desde el primer mes de embarazo y consultas médicas una vez por mes hasta el parto, permite identificar complicaciones del embarazo como infecciones cervicovaginales, diabetes gestacional, pre eclampsia, infecciones sistémicas (VIH y otras), y establecer medidas preventivas oportunas de acuerdo con la situación de la embarazada.

El enfoque de riesgo es un instrumento para identificar los problemas prioritarios que contribuyen a la mortalidad perinatal en los diferentes niveles de atención, a partir de ello crear y distribuir en forma racional los recursos que se requieran, proponiendo estrategias que muestren beneficios en la población obstétrica, así como en la disminución de la mortalidad perinatal (semana 28 del embarazo hasta los primeros siete días de vida).

## 2. Marco teórico.

El Control prenatal (CPN) pretende reducir la morbilidad materna y perinatal, así como los partos prematuros y el número de productos con bajo peso al nacer. También pretende identificar factores de riesgo lo cual hace posible plantear acciones preventivas y terapéuticas oportunas durante el embarazo (Sánchez, 2005). El cuidado materno es una prioridad para la OMS y dicho programa hace parte de las políticas públicas. Sin embargo, no todas las mujeres acceden a los controles prenatales y algunas no logran una óptima adherencia a las recomendaciones médicas, muchas veces debido a barreras ajenas a la gestante (Cáceres, 2009). En México, el CPN está definido como un “conjunto de acciones y actividades que se realizan con el objetivo de lograr una buena salud materna, el desarrollo normal del feto y la obtención de un recién nacido en óptimas condiciones desde el punto de vista físico, mental y emocional”.

La propuesta que se lleva a cabo es bajo la **NOM-007-SSA2-1993**. Todas las instituciones han creado modelos que permiten establecer el proceso de atención en las gestantes con el objetivo de prestar un servicio con calidad que genere sensibilización sobre la importancia de estos controles para la salud de la madre y el bebé. Por tal motivo es esencial que las entidades de salud garanticen una atención cálida que permita que la gestante se adhiera a los CPN para realizar un adecuado seguimiento y monitoreo durante todo el periodo de gestación.

El CPN tiene los siguientes componentes:

- El análisis temprano y continuo del riesgo.
- La promoción de la salud, detección temprana y protección específica.
- Las intervenciones médicas y psicosociales.

Con base en estos componentes se define una serie de objetivos generales que a su vez, caracterizan un buen programa de CPN.

Tales objetivos son:

- Identificar factores de riesgo.
- Diagnosticar la edad gestacional.
- Determinar la condición y el crecimiento fetal.
- Detectar la condición de salud materna.
- Promover la educación materna y del núcleo familiar mediante actividades de promoción y prevención.

La adherencia al CPN comprende tanto la asistencia al control como el cumplimiento de las recomendaciones dadas. Estadísticas de la OMS, reportan que el 63% de las embarazadas en África, 65% en Asia y 73% en Latinoamérica asisten al menos a una consulta de CPN

(World Health Organization, 1997). Sin embargo, las consultas de CPN no solo implican el número de visitas sino el momento en el que fueron realizadas durante el transcurso del embarazo y con qué calidad.

El inicio de la atención prenatal desde el primer mes del embarazo y consultas periódicas mínimo una vez al mes hasta el momento del parto, permite identificar y tratar oportunamente la morbilidad obstétrica y perinatal. Los eventos de morbilidad más frecuentes son: hemorragia, infecciones y trastornos hipertensivos del embarazo. Por otro lado, la morbilidad perinatal comprende afecciones propias del neonato como prematuridad, asfixia, malformaciones congénitas, bajo peso al nacer y síndrome de dificultad respiratoria.

Dichos eventos pueden agravarse y llevar a la muerte y otros 21 problemas como que al morir la madre, la probabilidad de que el hijo muera es mayor. Esto evidencia la importancia de la adherencia a los controles prenatales para evitar problemas relacionados con el binomio madre-hijo. Adicionalmente, su tratamiento oportuno significa un menor costo en la atención posterior y mejora la calidad de vida de las gestantes y sus hijos. De acuerdo con la norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del embarazo, se deben implementar mecanismos que garanticen la detección y captación temprana de las gestantes (antes de la semana 14 de gestación) para intervenir y controlar oportunamente los factores de riesgo, y se tienen definidas las actividades que se deben realizar en cada una de las consultas del CPN.

La periodicidad de los controles prenatales está definida como una vez al mes hasta la semana 36 y luego cada 15 días hasta el parto. Pese a la expedición de esa norma de obligatorio cumplimiento, según estadísticas sanitarias mundiales de 2011 emitidas por la OMS. Las principales fuentes de información fueron las bases de datos sobre defunciones del 2002 al 2011 que proporciona el Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS) de la SSA.<sup>11</sup> También se usaron los resultados de las Proyecciones de la población 2010- 2050 y de los Indicadores demográficos básicos 1990- 2010, ambos documentos realizados por el Consejo Nacional de Población (CONAPO).<sup>12</sup> A nivel internacional existe el consenso de utilizar tres indicadores para cuantificar la MM de un país o región: la tasa de mortalidad materna (TMM),<sup>13</sup> el riesgo de defunción materna (RDM) a lo largo de la vida adulta y la RMM.<sup>14</sup> Esta última se utiliza más para evaluar las políticas públicas en torno al tema y la evolución de la MM, ya que el denominador con el cual se construye (nacidos vivos) es el indicador más próximo de la población en riesgo.

También, es cierto que nacimientos y defunciones son estadísticas vitales que los gobiernos recaban de manera sistemática; este indicador permite realizar comparaciones y estimaciones en tiempos relativamente pequeños. Sin embargo, la TMM tiene la ventaja de

enfatar que las defunciones maternas ocurren sólo entre la población femenina, lo que no pasa con la RMM, que es expresada en términos de nacidos vivos (Cárdenas, 2009). Es así que la frecuencia de este evento puede ser comparada con otras causas de muerte femenina, como el cáncer de mama o el cervicouterino. Expresar esta metodología centrada en la tasa de mortalidad (TM) contribuiría al estudio de las muertes evitables y evitables en exceso en México.

A continuación, se describe la metodología usada para el cálculo de estos fallecimientos. Dentro de estos se pueden mencionar el tipo de aseguramiento al régimen de seguridad social, factores culturales, económicos, sociales y otras variables directamente relacionadas con el servicio como oportunidad en las citas de control, insatisfacción con los servicios prestados y/o difícil accesibilidad geográfica a la entidad de salud.

En el Plan de Intervenciones Colectivas 2008-2011, se estableció como reto brindar “Salud Integral: Comunidades y Entornos Saludables”, y a través de su programa de salud pública se definieron como metas en relación con la salud materna y perinatal:

- Mantener la tasa de mortalidad materna por debajo de 49,20 por 100.000 nacidos vivos.
- Reducir y mantener por debajo de 2,9 hijos la fecundidad global en mujeres entre 15 y 49 años.
- Reducir la proporción de embarazos en menores de 19 años al 25%.
- Reducir a 29% la cifra de gestantes con bajo peso.
- Participación comunitaria activa en el 100% de los programas de salud y de los niveles del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Control prenatal adecuado en un 95% anualmente.
- Vigilancia al 100% de las Entidades Promotoras de Salud en el cumplimiento de los indicadores de la atención al embarazo, parto y puerperio.

El presente trabajo se fundamenta en la identificación de factores asociados a la adherencia del control prenatal. Para llevar a cabo este estudio es esencial conocer antecedentes de la literatura así como algunos de los estudios relacionados con el tema hasta el momento.

## 2.1 Vida y obra.

Juana María Vázquez Lara.

Estudios universitarios.

2016 Doctorando por la Universidad de Granada

2013 Máster del Programa Oficial de Doctorado en Educación Física y Salud.

2009 Curso Experto Universitario "Promoción de la Salud en la Comunidad" UNED.

2006 Especialidad en Enfermería Obstétrico y Ginecológica (Matrona), Realizada en el en el hospital Costa del Sol de Marbella Escuela Universitaria de Enfermería y Matronas de Málaga, Universidad de Málaga.

1993 Diplomada Universitaria en Enfermería Escuela Universitaria de Enfermería "Salus Infirmorum", Universidad de Cádiz.

Investigación

Trabajo de investigación: "sutura continua con hilo monofilar versus hilo multifilar en la reparación del periné en el parto vaginal. Estudio prospectivo aleatorizado" realizado en el hospital universitario de Ceuta 2010-2012. Curso programa doctorado. Universidad de granada. Curso "fundamentos de metodología de investigación en enfermería". Instituto de gestión sanitaria. Curso "medicina basada en la evidencia: aplicación a la práctica clínica". Instituto de gestión sanitaria. Curso "bioestadística aplicada". Instituto de gestión sanitaria. Curso de investigación en enfermería. Fuden. 2015. Reunión internacional de la fundación índex. Granada. 2015.

Autora libro del programa formativo de la especialidad de matrona. Investigación volumen IX. 2015, Directora y autora en elaboración de diferentes tesinas publicado en el instituto de estudios ceutíes en el 2015: Análisis sobre la lactancia materna y el apoyo puerperal domiciliario a madres con lactancia materna en la población de Ceuta. Directora y autora. Náuseas y vómitos durante el embarazo: incidencia y calidad de vida en embarazadas ceutíes. Autora y directora. Influencia de la ingesta de bebida azucarada o agua en las pruebas de bienestar fetal. Autora. Estudio de la eficacia del apoyo postnatal domiciliario a madres con lactancia materna. Autora. Estudio secuencial del test de brunet-lezine con el estado ácido-base y tipo de acidosis en la etapa perinatal.

Curso “investigación enfermera” organizado por la fundación para el desarrollo de la enfermería. 120 horas. 2016. Curso de introducción al proceso investigador: fase conceptual de la investigación organizada por la fundación para el desarrollo de la enfermería. 30 horas. 2016.

Curso “iniciación a la investigación epidemiológica en enfermería: tipos de estudio, población y muestreo y variables” organizado por la fundación para el desarrollo de la enfermería. 30 horas. 2016. Curso “enfermería basada en la evidencia: aplicabilidad clínica y socio sanitaria de la investigación enfermera” organizado por la fundación para el desarrollo de la enfermería. 30 horas. 2016. Curso “conceptos fundamentales de la investigación cualitativa” organizado por la fundación para el desarrollo de la enfermería. 30 horas. 2016.

#### Formación postgrado

Curso de preparación maternal en el agua, 24 h (colegio oficial de enfermería de Barcelona) 2006. Curso de cuidados en el puerperio y al neonato (11,1 créditos). 2006. Curso de cuidados en el embarazo patológico (11,1 créditos). 2006. Curso de cuidados de la embarazada sin riesgo (11,1 créditos) 2006. Curso de atención al parto eutócico (11,1 créditos). 2006. Curso de atención al parto distócico (11,1 créditos). 2006. Curso de urgencias obstétricas (350 h.). 2006. Curso de drogodependencias, ETS y sida (10,5 créditos). 2006. Curso de fisioterapia en obstetricia y ginecología (325h.). 2006. Curso de alimentación materno-infantil (300h). 2006. Curso de asistencia al parto de bajo riesgo (20h). 2006. Curso de enfermería en la adaptación neonatal a la vida extrauterina (2,8 créditos) 2006.

Curso de problemas y contraindicaciones de la lactancia materna (10 créditos). 2007. Curso taller teórico práctico en técnicas de sutura. Algeciras. 2007. Curso de neonatología i (14,9 créditos) 2008. Curso de neonatología ii (11,7 créditos) 2008. Curso de educación maternal en el agua para matronas, 3.19 créditos (junta de Andalucía) 2008. Curso fundamentos básicos de enfermería para lactancia materna (3,4, créditos) 2008. Curso reeducación del suelo pélvico (4 créditos) 2008. Curso parto de baja intervención (3,41 créditos) 2009. Curso de formación para la extracción de sangre y tejido del cordón umbilical. Crio-cord. 2010. Curso de bioestadística aplicada. Ceuta. 2010. Curso prescripción enfermera. Colegio de enfermería de Cádiz. 2010

Asistencia a jornadas y congresos

Seminario “finalización del embarazo en el siglo xxi”, hospital costa del sol. Marbella, Málaga. II congreso de la asociación andaluza de matronas en Almería. 2007. I jornadas de inmigración y salud en el campo de Gibraltar. Algeciras, Cádiz. I jornadas de humanización en la atención perinatal en Algeciras, Cádiz. 2008

XIV congreso nacional de la asociación española de matronas, Madrid, mayo 2011. XXIII congreso nacional de la sociedad española de enfermería de urgencias y emergencias y III bienal iberoamericana de enfermería en emergencias y urgencias. Puerto santa maría (Cádiz). 2011, jornada: “la salud de las poblaciones y sus enfermedades desatendidas” (edición 129 Ceuta. 2011 IV jornadas de enfermería ceutíes “aunando esfuerzos”. Ceuta. 2011 XXIV congreso nacional de la sociedad española de enfermería de urgencias y emergencias. Bilbao. 2012 II congreso de la asociación de matronas de la región de Murcia y XI congreso de la fama de ámbito nacional. Murcia. Noviembre 2012.

VI encuentro nacional y ii congreso internacional de la asociación andaluza de matronas. Granada. Junio 2013. Jornadas de matronas, hospital Quirón Málaga. Málaga. Noviembre 2013. XVII congreso nacional de enfermería de urgencias y emergencias de la sociedad española de enfermería de urgencias y emergencias. Córdoba 2014. III seminario internacional para matronas de la asociación española de matronas celebrado en Madrid del 22 al 24 de octubre de 2015. IV congreso internacional virtual de enfermería familiar y comunitaria organizado por la asociación andaluza de enfermería comunitaria, celebrado del 8 al 22 octubre de 2015

Reunión internacional de investigación y educación superior en enfermería. el impacto social del conocimiento de la fundación índex, celebrado en granada del 12 al 13 noviembre 2015 I jornadas universitarias de enfermería de Ceuta organizado por la universidad de granada. Marzo. 2016

#### Experiencia profesional

Más de 12 años de experiencia profesional como enfermera en diferentes ciudades y comunidades autónomas españolas, en distintos servicios tales como urgencias hospitalarias y extra hospitalarias, medicina interna, uci, planta de maternidad, atención primaria y otros servicios. Poseo mi plaza fija de enfermera en la unidad móvil de emergencias del 061 del área de gestión sanitaria de Ceuta desde el año 2006. Desde 2008 a 2012 matrona interina en el hospital universitario de Ceuta en el servicio de partos. Matrona con plaza en propiedad en atención primaria de Ceuta desde febrero 2014, actualmente en mí puesto de due de la ume del 061 de Ceuta desde mayo 2014

## Experiencia y formación docente

Jefa de estudios de la unidad docente de matronas del área sanitaria de Ceuta desde 2012 hasta la fecha

Profesora de la unidad docente de matronas de Ceuta durante los cursos académicos 2009-2010 / 2010-2011 / 2011-2012/ 2012-2013/2013-2014/2014-2015/2015-2016. Tutora de residente de enfermería obstétrico-ginecológica (matrona) en la Ud de matronas de Ceuta 2011-2013/ 2012-2014/2014-2016. Coordinadora nacional del grupo de trabajo de urgencias obstétricas-ginecológicas de la sociedad española de enfermería de urgencias y emergencias (seque).

Docente asistencial de alumnos de la facultad de enfermería de Ceuta, durante varios cursos académicos, profesora en el curso "urgencias obstétricas y ginecológicas". Área de gestión sanitaria de Ceuta. 20 horas lectivas. Diciembre 2013, he impartido el taller "educación sexual para discapacitados intelectuales". Feaps ciudad de Ceuta. 2012, he impartido el "I taller práctico de actuaciones policiales ante mujeres gestantes en situaciones de riesgo" sindicato unión federal de policía. Ceuta. En 2 ediciones: 2012 y 2016.

## Comunicaciones científicas

Comunicación a póster sobre "una imagen para conocer a una matrona" en el congreso de la asociación madrileñas de matronas. 2006. Comunicación a póster sobre "el papel de la matrona en la sexualidad en las diferentes etapas de la vida" en el congreso de la asociación de Cartagena de matronas 2006. Comunicación a póster sobre "la recogida de la sangre de cordón umbilical" en las v jornadas del área de salud de ceuta y ix jornadas de atención primaria. 2006. Comunicación a póster sobre "analgesia epidural y otras alternativas durante el trabajo de parto" en el congreso de la asociación andaluza de matronas en Almería año 2007. Comunicación a póster sobre "el pictograma como medio comunicativo ante la diversidad en el lenguaje" en el congreso de la asociación andaluza de matronas en Almería. 2007.

Comunicación a póster sobre "curso de actualización en lactancia materna para profesionales sanitarios" en las ii jornadas de enfermería de Ceuta. 2007.

Comunicación científica a póster sobre "intervenciones en el medio laboral para apoyar la lactancia materna en las mujeres que trabajan" en las I jornadas de apoyo a la lactancia materna de Ceuta. 2008.

Comunicación científica a póster sobre “método Mela (lactancia amenorrea) versus métodos no naturales” en las i jornadas de apoyo a la lactancia materna de Ceuta. 2008. Comunicación a póster “prevención de la hemorragia postparto: alumbramiento espontáneo vs manejo activo” en la iii jornadas de enfermería de Ceuta. 2009. Comunicación a póster “nacer lactando” en la ii jornada de enfermería de Ceuta. 2007.

Comunicación oral y formato vídeo “proceso de elaboración de una guía audiovisual de atención al parto inminente, dirigido a personal de urgencias y emergencias” en el xxii congreso nacional de la sociedad española de enfermería de urgencias y emergencias. Madrid 2010.

Comunicación a póster “prevención de la hemorragia postparto: alumbramiento espontáneo vs manejo activo” en la ii jornadas de enfermería de Madrid. 2010.

Comunicación a póster “protocolo de clasificación de las urgencias obstétricas-ginecológicas en un hospital comarcal” en el xxxiii congreso nacional de enfermería de urgencias y emergencias y la iii bienal iberoamericana de enfermería en emergencias y urgencias. Puerto de santa maría (Cádiz). 2011

Comunicación a póster “gestación y nacimiento de una web de matronas” en el xiv congreso nacional de la asociación española de matronas. Madrid. 2011. Comunicación a póster “el manejo activo del alumbramiento como prevención de la hemorragia postparto” en el xiv congreso nacional de la asociación española de matronas. Madrid. 2011.

Comunicación a póster “una matrona para toda una vida” en el xiv congreso nacional de la asociación española de matronas. Madrid. 2011.

Comunicación a póster “proyecto de clasificación de las urgencias obstétricas ginecológicas en un hospital comarcal” en el xiv congreso nacional de la asociación española de matronas. Madrid. 2011.

Comunicación a póster “¿la mejor manera de prevenir la hemorragia tras el parto?” en las iv jornadas de enfermería de Ceuta. 2011.

Comunicación póster “el abordaje de la matrona en educación sexual infantil mediante dinámicas de grupo” en el i congreso nacional de la asociación castellano-leonesa de matronas. Burgos. 2011

Comunicación oral “guía farmacológica para la mujer embarazada en el área de urgencias” en el xxxiv congreso nacional de enfermería de urgencias y emergencias y la 2ª reunión de la alianza mundial de enfermería de urgencias (waen). Bilbao. 2012

#### Protocolos

Autor de dos protocolos para el servicio de partos del hospital ingesa de ceuta, denominados: “protocolo de analgesia epidural en el parto” y “protocolo de administración de la profilaxis ocular en el RN”. Avalados por la comisión de docencia hospitalaria del hospital ingesa de ceuta.

Autor del “primer protocolo sobre atención al parto inminente fuera del área de partos” a nivel nacional mediante la sociedad española de enfermería de urgencias y emergencias. 2010.

#### Otros

El “procedimiento para los cuidados de enfermería en la atención al parto inminente fuera del área de partos: en planta o en urgencias hospitalarias o extra hospitalarias” ha sido recogido y avalado como recomendación científica por la sociedad española de enfermería de urgencias y emergencias. 2011 □ autora del “vídeo de parto en presentación cefálica para profesionales”, publicado por el ministerio de sanidad y política social. 2009.

Autora del “vídeo para la educación maternal” publicado por el ministerio de sanidad y política social. 2009. Co-autora de la "guía de valoración básica en obstetricia" ed. mi bebé y yo. Sfera. Co-autora del “manual de procedimientos y técnicas en asistencias extra hospitalarias” en formato vídeo. Ministerio de sanidad y política social. 2015.

#### Premios

Premio de la dirección territorial del instituto nacional de gestión sanitaria en ceuta (ingesa) con distinción argenta a Dra. Juana maría Vázquez Lara por destacar por su buena praxis profesional, dedicación y colaboración con esta entidad. 2016

Premio comunicación a póster “comparar la eficacia del método natural de lactancia amenorrea, versus dispositivo intrauterino” en las I jornadas universitaria de enfermería de ceuta de la universidad de granada. 2016.

Premio comunicación oral “encerrado en un cuerpo equivocado” en las i jornadas universitaria de enfermería de ceuta de la universidad de granada. 2016.

Premio comunicación oral "aprende jugando con maternity game, el juego de la maternidad" en el iii seminario internacional para matronas de la asociación española de matronas celebrado del 22 al 24 de octubre de 2015

Premio nacional uestce unidad docente 2011 a la unidad docente de matronas de ceuta: "por las aportaciones a los programas educativos, basados en soportes videos elaborados por los docentes Juana María Vázquez Lara y Luciano Rodríguez Días." Madrid. 2012

## 2.2 Influencias.

Ponencia sobre “la atención al parto en el entorno extra hospitalario”, en el XVI congreso de la sociedad española de medicina de urgencias y emergencias agrupación Andalucía y I congreso transcontinental celebrado en Ceuta. 2008.

Ponente de la mesa redonda: “urgencias obstétricas, ginecológicas e infantiles, un gran reto para la enfermería de urgencias” en el XXIII Congreso Nacional de la sociedad española de enfermería de urgencias y emergencias y III bienal iberoamericana de enfermería en emergencias y urgencias. Puerto de santa maría (Cádiz). 2011

Colaboradora del "manual de Pilates aplicado al embarazo" ed. panamericana. 2016 coordinadora y Co-autora de la colección del primer "programa formativo de la especialidad de enfermería obstétrico ginecológica (matrona) (aprobado por orden sas/1349/2009, de 6 de mayo)" publicado por el ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. 2014 coordinadora y Co-autora del "manual básico de obstetricia y ginecología". Publicado por el ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. 2013.

Co-autora del libro "manual de atención al parto en el ámbito extra hospitalario". Publicado por el ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. 2013 autora de varios capítulos de "protocolos clínico terapéuticos en urgencias extra hospitalarias". Publicado por el ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. 2013 Co-autora del libro “enfermería y seguridad del paciente. Guía práctica” con varios cap. ed. Dae (grupo paradigma). 2011 Co-autora del libro titulado “mujer y salud” con el capítulo “interrupción voluntaria del embarazo”. Ed.- Enfo ediciones para fuden.

Co-autora del libro “manual educación para la maternidad”. Colección formación continuada. Ed cep. 2009. Co-autora de la comunicación “protocolo de clasificación de las urgencias obstétricas-ginecológicas en un hospital comarcal” publicado en el libro “sociedad española de enfermería de urgencias. Cuidando con cuidado”. ed. mad. 2011 autora de 4 capítulos sobre un libro para preparación para las oposiciones de matrona para el sacyl (servicio castellano leonés de salud). Editorial cep. 2006.

Autora de 2 capítulos sobre el libro de oposiciones de matrona del servicio canario de salud, editorial cep. 2008. Autora de 4 capítulos sobre el libro de oposiciones de matrona del servicio murciano de salud, editorial cep. 2008. Autora de 3 capítulos sobre el libro de oposiciones de matrona del servicio vasco de salud-osakidetza, editorial cep. 2008-2009. Autora de 2 capítulos sobre el libro de oposiciones de matrona del servicio gallego de salud (sergas), editorial cep. 2009. Autora de 6 capítulos sobre el libro de oposiciones de

matrona del servicio de salud de las islas baleares (ib-salut) editorial cep. 2008. Autora de 10 capítulos del temario "matronas instituciones sanitarias", editorial cep. 2008.

#### Artículos

"hemorragia postparto (App)" publicado en la revista "enfermería gaditana".2009. "un pictograma para comunicarse" en la revista a nivel nacional sobre enfermería facultativa del consejo general de enfermería. 2007. "matronas del hospital punta Europa de Algeciras y de Ceuta elaboran una tabla de símbolos para comunicarse con embarazadas extranjeras" en la revista "enfermería gaditana". 2007 "hemorragia postparto" en el boletín s.u.e. 061 Ceuta. 2008. "atención al parto en el medio extra hospitalario" en el boletín s.u.e. 061 Ceuta. 2008.

"proceso de elaboración de una guía audiovisual de atención al parto inminente, dirigido a personal sanitario de urgencias y emergencias". Ciberrevista. Seeue. 2010.

"procedimiento para los cuidados de enfermería en la atención al parto inminente fuera del área de partos: en planta o en urgencias hospitalarias o extra hospitalarias". ed. dae. 2011

"etapas del montaje de una guía audiovisual de asistencia al parto urgente, destinado a personal sanitario de urgencias y emergencias". Revista matronas profesión. Volumen 13. nº 1. 2012

"estudio sobre la eficacia de la metodología docente en los cursos de reanimación neonatal para sanitarios: matronas, dues y médicos" boletín s.u.e. 061 Ceuta. 2014

"vivir sin una parte de mi". Relato biográfico de una mujer a la que se le practica una vulvectomía radical. Archivos de la memoria, índice fundación. 2014

"estudio sobre las maniobras de resolución ante una distocia de hombros" boletín s.u.e. 061 Ceuta. 2015

"el embolismo de líquido amniótico: actualización de conocimientos ante una emergencia obstétrica" ciberrevista. Seeue. 2015 "distocia de hombros" por la revista de la sociedad española de enfermería de urgencias y emergencias. 2015.

"estudio sobre un curso de RCP neonatal básica y avanzada para médicos, dues y matronas" por la sociedad española de enfermería de urgencias y emergencias. 2015.

"estudio sobre un curso de RCP neonatal básica y avanzada para médicos, dues y matronas" por el boletín del 061 editado por el ministerio de sanidad, política social e igualdad. 2015. "estudio sobre una emergencia obstétrica: embolismo de líquido amniótico" editado por el boletín del 061 editado por el ministerio de sanidad, política social e igualdad. 2015.

"estudio sobre una emergencia obstétrica: embolismo de líquido amniótico" editado por la revista de la sociedad española de enfermería de urgencias y emergencias. 2015 "eficacia de los procedimientos a seguir ante una urgencia obstétrica como es el prolapso de

cordón" editado por el boletín del 061 editado por el ministerio de sanidad, política social e igualdad. 2015."prolapso de cordón: estudio sobre la efectividad de las prácticas utilizadas ante esta urgencia obstétrica" editado por la revista de la sociedad española de enfermería de urgencias y emergencias. 2015 "análisis de la efectividad de un curso de Pilates para gestantes dirigido a matronas "organizados en Málaga y alicante. Revista matronas hoy. 2015. "sutura monofilar versus sutura multifilar en la reparación de desgarros perineales y episiotomías. Estudio prospectivo y aleatorizado sobre infección y dolor postparto" revista iberoamericana de educación e investigación en enfermería (aladefe), sección originales vol. 6, nº 1, págs. 69-76. Febrero 2016

"maternity game", el juego de la maternidad" editado por la revista matronas hoy. 2015. ¿tienen eficacia los cursos de entrenamiento en RCP neonatal para profesionales sanitarios? editado por la ciberrevista de la sociedad española de enfermería de urgencias y emergencias. 2016. "análisis de un programa de educación maternal en el parto: resultados obstétricos y satisfacción materna. Matronas hoy vol. 4 nº 1, abril-agosto 2016

"análisis de la efectividad de un curso de Pilates para gestantes dirigido a matronas" organizados en Málaga y alicante. Revista cuidándote digital. Ilustre colegio oficial de enfermería de Cádiz. Abril 2016. Nurse enfermería "análisis de un programa de educación maternal en el parto: resultados obstétricos y satisfacción materna". Revista nure inv. 13(82). Junio 2016

### **2.3 Hipótesis.**

Los factores de riesgo se asocian al abandono del control prenatal. En la mayoría de las gestantes actualmente en México, la poca información proporcionada por el personal de salud y el descuido de la futura madre de estar alerta a cualquier cambio físico que represente un posible embarazo evitando los posibles riesgos durante la gestación.

Se partió del supuesto que las altas tasas de mortalidad materna y perinatal obedecían a una atención médica insuficiente debido a su baja calidad técnica; a actitudes y comportamiento impropios por parte de la madre y de la familia frente a la atención médica; a los sistemas inadecuados de organización de servicios y a que los servicios de salud que prestan atención prenatal no concentran suficientemente sus esfuerzos en los mayores riesgos de la reproducción humana.

## **2.4 Justificación.**

La atención prenatal que recibe una mujer durante el embarazo contribuye a asegurar mejores resultados para la madre y el recién nacido, siendo un punto de entrada para recibir una amplia gama de servicios de salud en la promoción y prevención, incluyendo apoyo nutricional, prevención de la anemia, detección y prevención de enfermedades de transmisión sexual, vacunación contra tétanos e influenza, entre otras.

La atención prenatal tradicional utiliza un enfoque de riesgo para clasificar a las mujeres que son susceptibles de complicaciones. Podríamos asumir desde una cuestión lógica, que una mujer con mayor número de consultas prenatales obtendría mejores resultados; sin embargo, muchas mujeres con factores de riesgo no desarrollarán complicaciones, mientras que otras sin factores de riesgo sí lo harán. Por ello, las necesidades de cada mujer embarazada deberían ser evaluadas desde la primera cita y revalorarse en cada una de las consultas que reciban durante el control prenatal, debido a que nuevas patologías pueden surgir en cualquier momento de la gestación.

Los objetivos del control prenatal son: Tamizaje, tratamiento y vigilancia de la evolución de patologías como: hipertensión arterial, diabetes gestacional, sífilis, infección de vías urinarias, infección por VIH, malnutrición, carencia de vitaminas y micronutrientes. Evaluación de factores de riesgo, detección y manejo de complicaciones obstétricas: cicatrices uterinas, presentación anormal, ruptura prematura de membranas, pre eclampsia, sangrado en el embarazo, etc. Prevención sistemática de enfermedades como: tétanos neonatal y materno, anemia, transmisión de VIH. Elaboración de un plan de acción previo al parto.

## **2.5 Planteamiento del problema.**

En el presente trabajo a investigar se enfocara en el conocer y recabar la información optima respecto a la atención prenatal que se le deben de proporcionar a las mujeres. Ya que el desconocer el control adecuado que deben de llevar las mujeres es algo muy común actualmente, ya que en la actualidad la mayoría de la población femenina desconocen cómo deben de cuidarse durante la etapa gestacional, principalmente este problema va más enfocados en la futuras madres primerizas y más si son adolescentes, aunque no hay que dejar de lado a las demás mujeres que ya tienen más hijos, porque cada embarazo es distinto y no siempre son los mismo cuidados. Entonces lo que se busca es el de poder brindar información a las gestantes para su optimo cuidando durante la etapa que apenas comienzan.

Desconocimiento del control adecuado que se debe de llevar con la usuaria por parte de las estudiantes de enfermería, pasantes e incluso profesionales. En la mayoría de los casos las estudiantes de enfermería ya no reciben una información más amplia sobre la atención prenatal, en el momento de la práctica clínica por lo cual es necesario que se ofrezca una mayor y amplia información sobre el tema. Ya que esto no solo abarcaría una mayor preparación para la estudiante de enfermería sino que también implicaría una mejor información y capacitación para la usuaria, siendo de este modo una significativa disminución de posibles riesgos que se pudieran presentar durante la etapa gestacional.

México representa uno de los mayores países con embarazos adolescentes. Esto es un problema muy grande actualmente ya que si bien es difícil ser madre primeriza a no tan corta edad. Ahora bien debemos de considerar el problema que representa ser madre siendo una adolescente, podría ser mucho más grande el desconocimiento de cómo cuidarse y preocuparse por su salud, esto significa que se pueden presentar mayores casos de accidentes y aumento de la morbimortalidad materna.

## **2.6 Objetivos.**

### **2.6.1 General.**

Se propuso establecer la existencia o ausencia de diferencias entre áreas de salud con tasas altas y con tasas bajas de mortalidad materna y perinatal, en relación con:

Actitudes materno-familiares hacia el control prenatal. Cumplimiento de las indicaciones médicas. Demanda oportuna de atención médica en los casos de urgencia. Cuantía y calidad técnica de la atención prenatal. Los recursos y sistemas en uso para la atención médica de urgencia (incluido el aborto); y calidad médico-técnica de la atención de las urgencias de salud de la gestante (incluido el aborto). Calidad de la atención médica del parto y del puerperio. Cobertura y concentración de atención médica prenatal. Eficiencia de los sistemas de coordinación y transporte, especialmente en casos de urgencia. Cobertura del parto hospitalario; recursos humanos y materiales destinados a la atención del parto, y organización y sistema con igual objetivo.

### **2.6.2 Específicos.**

- Incrementar la oportunidad de inicio temprano de la atención prenatal.
- Aumentar la detección oportuna de infección de vías urinarias, diabetes gestacional, trastornos hipertensivos durante la gestación así como enfermedades de transmisión sexual.
- Favorecer la detección y tratamiento oportuno de complicaciones asociadas al embarazo.
- Incrementar la referencia oportuna de la paciente con diabetes gestacional, trastornos hipertensivos durante la gestación o patologías maternas que así lo ameriten.

## **2.7 Metodología.**

### **2.7.1 Inductivo.**

En un proceso de investigación, la metodología es una de las etapas en que se divide la realización de un trabajo. En ella, el investigador o los investigadores deciden el conjunto de técnicas y métodos que emplearán para llevar a cabo las tareas vinculadas a la investigación. Durante esta etapa se toma en cuenta la recolección de información obtenida de la captación de la gestante y quizás la más importante el de las consultas, porque en ésta el médico debe ser capaz, mediante el interrogatorio y examen físico completo, de detectar los riesgos que la gestante puede presentar o que permanecían ocultos, e iniciar entonces la profilaxis de los riesgos de la gestación, fundamentalmente el bajo peso al nacer, la toxemia y la prematuridad.

Se debe realizar en conjunto por el médico y la enfermera de la familia y el profesor o especialista de ginecoobstetricia.

1. Precisar de nuevo la EG real. 2. Detectar riesgos obstétricos. 3. Valorar los resultados de los exámenes complementarios. Insistir en el tratamiento profiláctico de la anemia, así como remitir a la paciente, si fuera necesario, a alguna interconsulta con medicina interna por alteraciones de estos complementarios. 4. Si los resultados de la glicemia en ayunas se encuentran en 4,4 mmol/L, indicar una prueba de tolerancia a la glucosa oral (PTGO). 5. Garantizar a la paciente la educación sanitaria. 6. Indicar la psicoprofilaxis y tratar de incorporar al esposo de la gestante a las actividades de este tipo.

La educación de las gestantes debe comenzar desde su captación, y nuestro objetivo es lograr que todas aumenten de peso, pero de acuerdo con el índice de masa corporal. El aumento de peso no debe ser en forma brusca después de las 20 semanas de EG. Se considera que toda gestante debe aumentar como mínimo 8 kg de peso durante toda la gestación, aun aquéllas que tenían sobrepeso en el momento de la captación. Se aceptan como cifras totales entre 12 y 15 kg.

El aumento de peso casi siempre comienza después del primer trimestre de la gestación, ya que en el primer período son frecuentes la anorexia, las náuseas y, en algunas ocasiones, los vómitos. El aumento de peso fluctuará entre 1 y 2 kg cada mes, aproximadamente 0,5 kg por semana. Si dicho aumento es escaso, se corre el riesgo de obtener un recién nacido con bajo peso al nacer. Por el contrario, si es exagerado, estará presente el riesgo de macrosomía fetal o enfermedad hipertensiva del embarazo.

Aunque en esta medición pueden existir los errores propios de la técnica, también estarán presentes otros factores como la obesidad y el bajo peso materno. Por ello, es correcto que ante cualquier alteración en el incremento o decrecimiento de la altura uterina, el médico realice una revisión de las posibilidades diagnósticas y precise con otros médicos o con los medios diagnósticos a su alcance, la posible evolución no satisfactoria de esa gestación. El incremento normal de la altura uterina es de 1 cm/semana, a partir de las 14 semanas de EG. Una alteración de la altura uterina nos dará un signo de más o de menos. Signo de más. Más de 2 cm por encima de la altura uterina normal para esa edad gestacional.

## 2.8 Variables.

independientes	Dependientes
1.-Investigación exhaustiva del control prenatal en la mujer embarazada.	1.1.-Disminución de las causas de morbilidad y mortalidad de la mujer embarazada.
2.-Realización de trípticos con la información respecto a la información que deben de conocer mientras cursan su embarazo.	2.1.- Disminución de los problemas que implica el un deficiente control prenatal
3.-Impartición de información por parte de la enfermera sobre cómo debe de llevar de una manera correcta y en forma de su propia salud.	3.1.- prevención de los riesgos causados durante la etapa gestacional tanto en adolescentes como mujeres en edad adulta.

## 2.9 Encuestas y resultados.

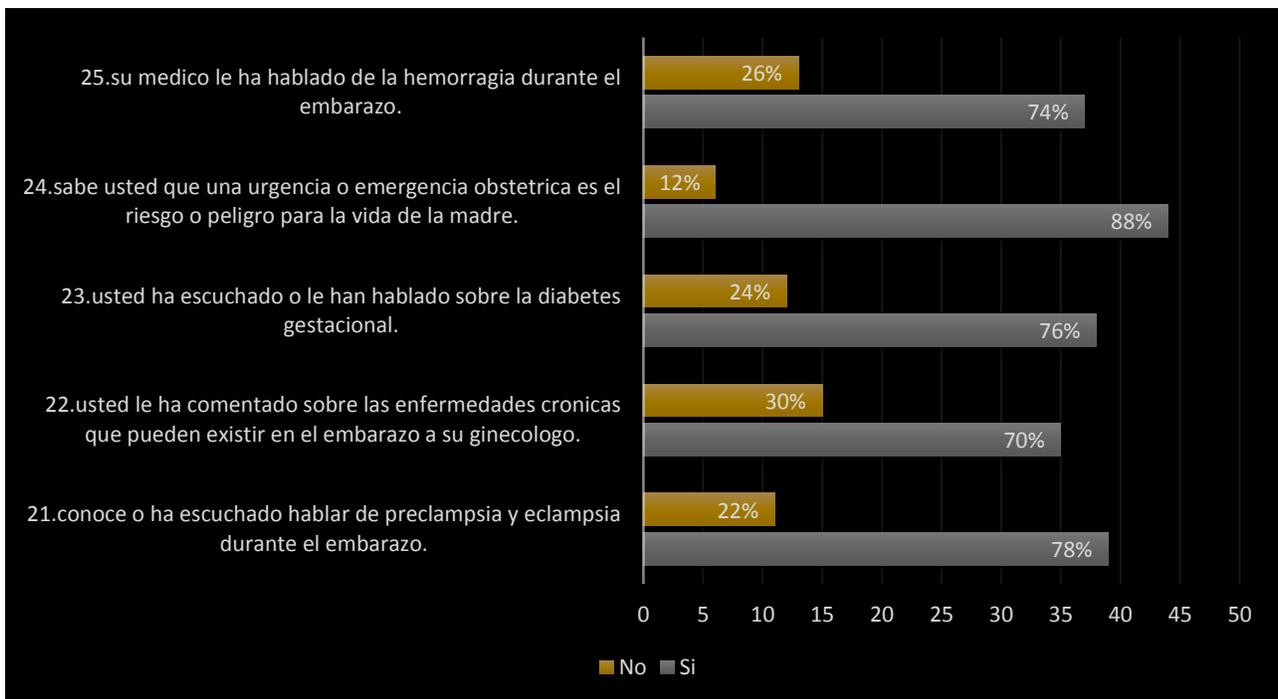
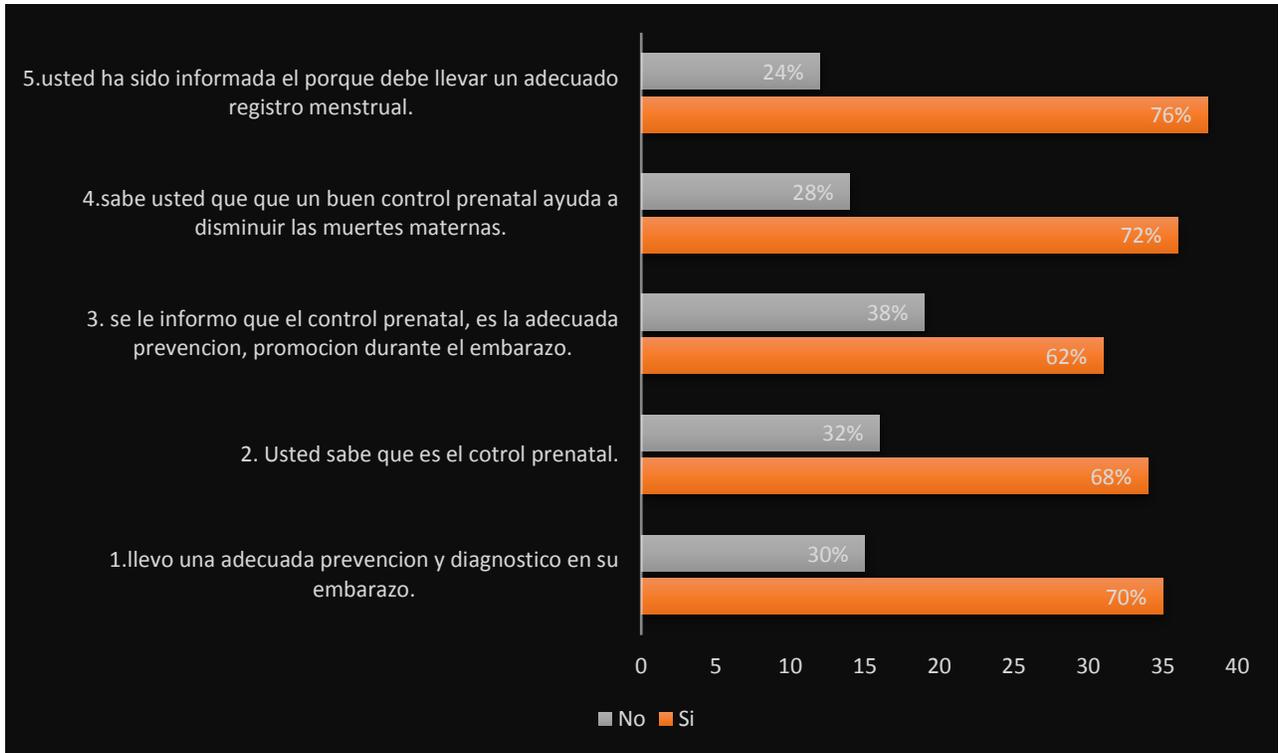
La siguiente encuesta tiene como objetivo vislumbrar en el Sector salud el grado de conocimiento que posee la sociedad femenina de éste acerca del control prenatal.

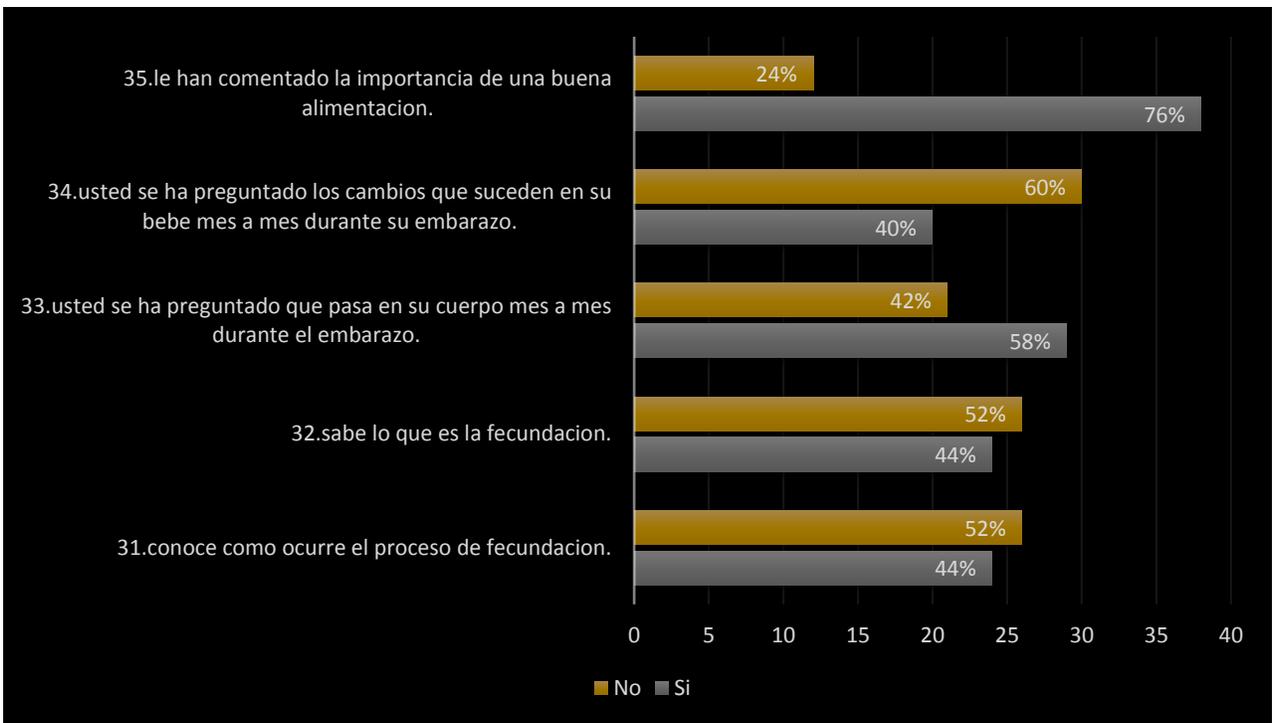
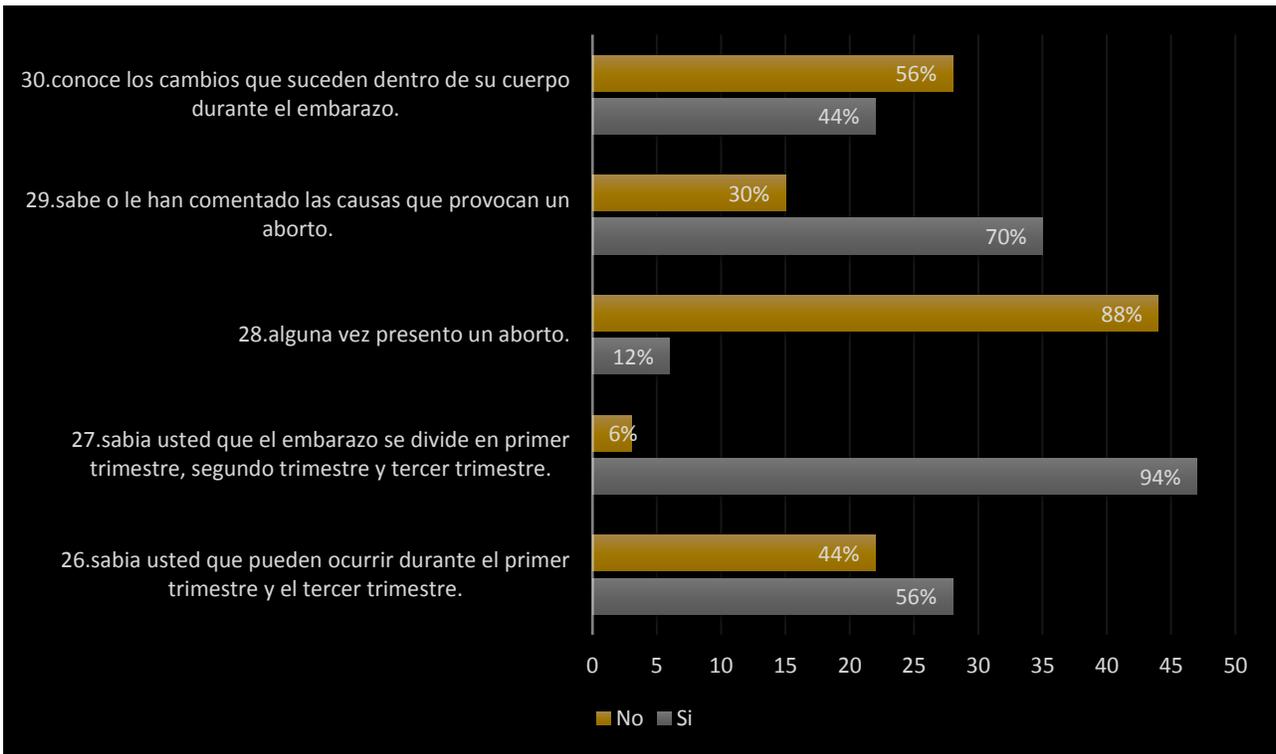
	SI	NO
1.- ¿Llevo una adecuada prevención y diagnóstico en su embarazo o durante el mismo?	70%	30%
2.- ¿Usted sabe que es el control prenatal?	68%	32%
3.- ¿Se le informó qué el control prenatal es la adecuada prevención, promoción durante el embarazo?	62%	38%
4.- ¿Ustedes sabe que un buen control prenatal ayuda a disminuir las muertes maternas?	72%	28%
5.- ¿Usted ha sido informada el por qué debe llevar un adecuado registro menstrual?	76%	24%
6.- ¿Sabía usted que la mortalidad materna son causadas por hemorragias infecciones hipertensión entre otras?	76%	24%
7.- ¿Sabe usted qué es la edad gestacional?	74%	26%
8.- ¿Le han dicho que la edad gestacional es el cálculo de las semanas de su bebé?	66%	34%
9.- ¿Su médico le ha preguntado sobre su última fecha de menstruación?	78%	22%
10.- ¿Su médico le mandó hacer pruebas en sangre durante el embarazo?	64%	36%
11.- ¿Conoce usted o ha escuchado hablar de las parteras?	94%	6%
12.- ¿Sabe usted que son personas que pueden atender un parto?	92%	8%
13.- ¿Conoce usted que existen parteras empíricas y científicas?	90%	10%
14.- ¿Sabe usted de la importancia o le ha comentado su ginecólogo sobre las pruebas prenatales?	58%	42%
15.- ¿Sabía que las pruebas prenatales ayudan a saber cómo está la salud de su bebé y la de usted?	78%	22%
16.- ¿Existen pruebas de detección y diagnóstico durante el embarazo le han realizado alguna durante el embarazo?	62%	38%

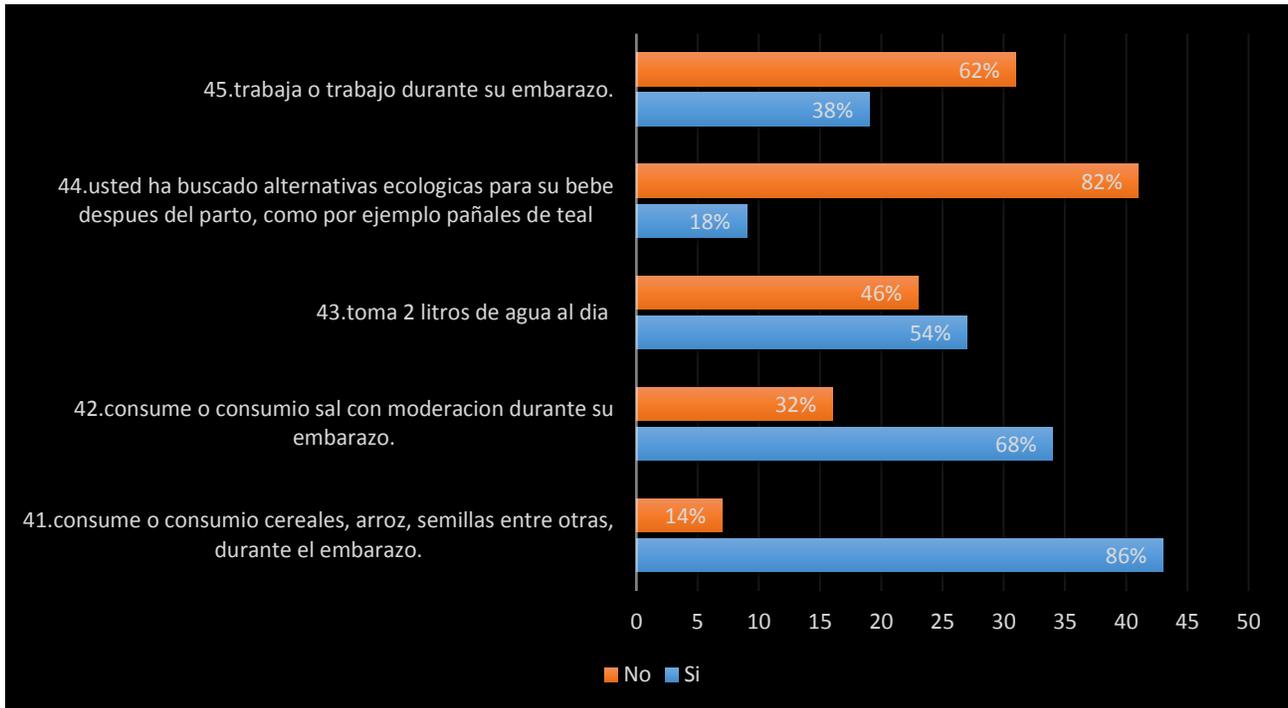
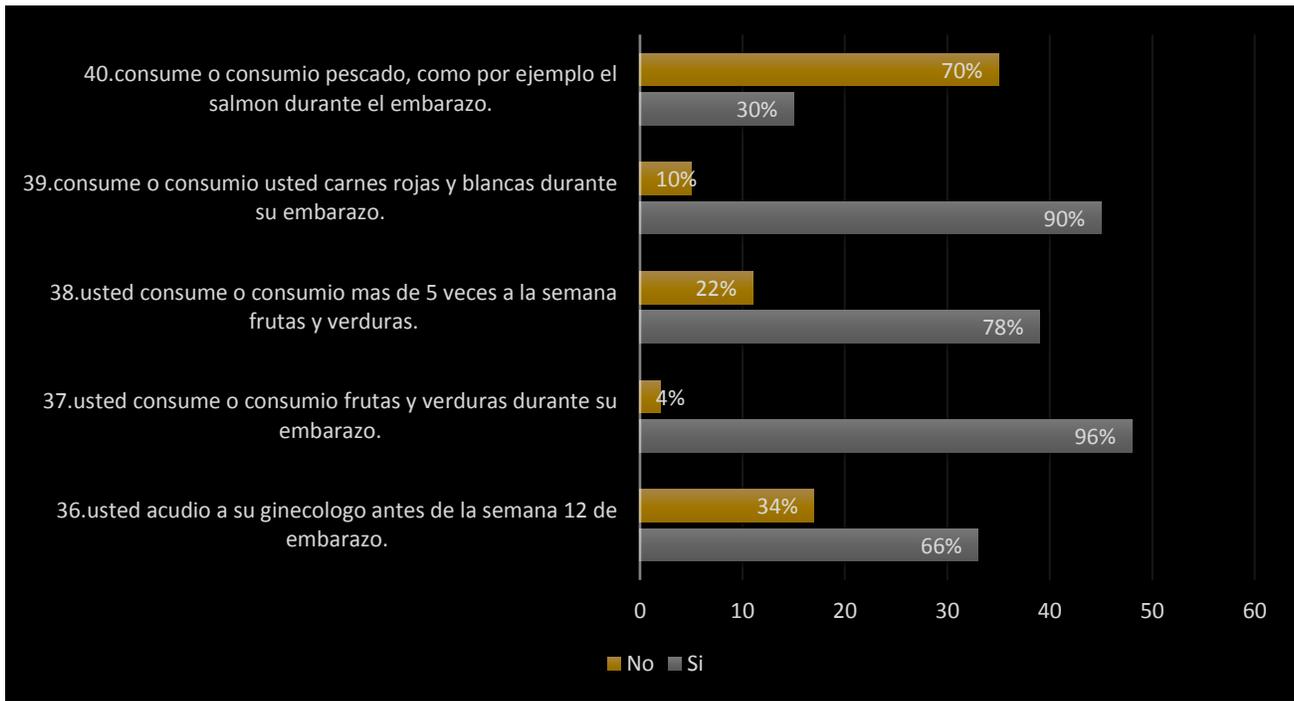
17.- ¿Algunas pruebas incluyen control de presión arterial, análisis de orina, de sangre? ¿se han realizado alguna?	68%	32%
18.- ¿Fue informada sobre el parto y la cesárea?	78%	22%
19.- ¿Ha sido comentada sobre los riesgos y beneficios tanto del parto y la cesárea?	78%	22%
20.- ¿Conoce o le han hablado de las complicaciones durante el embarazo?	82%	18%
21.- ¿Usted ha escuchado hablar de pre eclampsia y eclampsia durante el embarazo?	78%	22%
22.- ¿Usted le ha comentado sobre las enfermedades crónicas que pueden existir en el embarazo a su ginecólogo?	70%	30%
23.- ¿Usted ha escuchado o le han hablado sobre la diabetes gestacional	76%	24%
24.- ¿Sabe usted que una urgencia o emergencia obstétrica es el riesgo o peligro para la vida de la madre?	88%	12%
25.- ¿Su médico le ha hablado de la hemorragia durante el embarazo?	74%	26%
26.- ¿Sabía usted que pueden ocurrir durante el primer trimestre y tercer trimestre?	56%	44%
27.- ¿Sabía usted que el embarazo se divide en primer trimestre segundo trimestre y tercer trimestre?	94%	6%
28.- ¿Alguna vez presento un aborto?	12%	88%
29.- ¿Sabe o le han comentado las causas que provocan un aborto?	70%	30%
30.- ¿Conoce los cambios que suceden dentro de su cuerpo durante el embarazo?	44%	56%
31.- ¿Conoce cómo ocurre el proceso de fecundación?	48%	52%
32.- ¿Sabe lo que es la fecundación?	48%	52%
33.- ¿Usted se ha preguntado qué pasa en su cuerpo mes a mes durante el embarazo?	58%	42%
34.- ¿Usted se ha preguntado los cambios que suceden en su bebé mes a mes durante su embarazo?	40%	60%
35.- ¿Le han comentado la importancia de una buena alimentación?	76%	24%
36.- ¿Usted acudió a su ginecólogo antes de la semana 12 de embarazo?	66%	34%
37.- ¿Usted consume o consumió frutas y verduras durante su embarazo?	96%	4%
38.- ¿Usted consume o consumió más de 5 veces a la semana frutas y verduras?	78%	22%

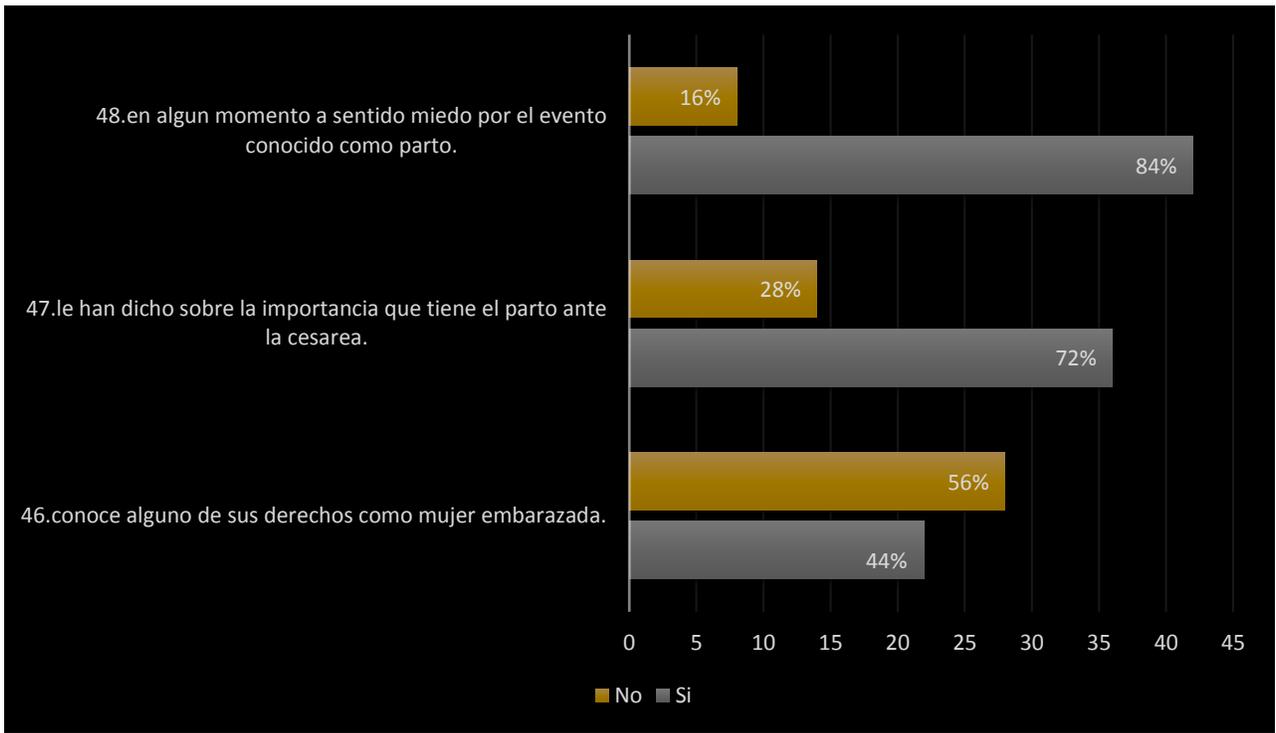
39.- ¿Consumió o consume usted carnes rojas y blancas durante el embarazo?	90%	10%
40.- ¿Consumió o consume pescado Como por ejemplo el salmón durante el embarazo?	30%	70%
41.- ¿Consume o consumió usted cereales arroz semillas entre otras durante el embarazo?	86%	14%
42.- ¿Consumió o consume sal con moderación durante su embarazo?	68%	32%
43.- ¿Tomó al menos 2 litros de agua al día?	54%	46%
44.- ¿Ha buscado alternativas ecológicas para su bebé después del parto Como por ejemplo pañales de tela entre otros productos?	18%	82%
45.- ¿Trabaja o trabajo durante su embarazo?	38%	62%
46.- ¿Conoce alguno o todos sus derechos Como mujer embarazada?	44%	56%
47.- ¿Le han dicho sobre la importancia que tiene el parto ante la cesárea?	72%	28%
48.- ¿En algún momento ha sentido miedo por el evento conocido como parto?	84%	16%

## 2.10 Graficado.









### **3. Generalidades.**

#### **3.1 Aspectos históricos sobre el embarazo.**

Aunque no se sabe con exactitud los orígenes de la atención del embarazo, hall refiere que surge como una necesidad de tener infantes saludables para contar con soldados en condiciones para la guerra, trabajo en el campo y en las fábricas. Los primeros hechos en torno a la atención de la embarazada, se remontan a los inicios de la raza humana, su atención, ha variado a lo largo de la historia y frecuentemente se concibe en un entorno lleno de mitos y tabúes. Los patrones culturales tradicionalmente han asignado a las mujeres el rol de curanderas, y ellas han sido quienes se han encargado de la atención del parto, la cual se realizaba en la casa de la embarazada y se encuentran referidos en múltiples registros, pero nada o muy poco se encuentra escrito sobre los cuidados durante el embarazo.

Entre los documentos más antiguos que refieren aspectos relacionados con estos cuidados, están los escritos chinos, que recomendaba a la embarazada, evitar comida abundante y ejercicio excesivo. En india, se establecieron ciertas reglas sobre la alimentación, bebidas, ejercicio, ropa y la recomendación de tener compañía de personas alegres. Fray Bernardino de Sahagún relata cómo en el momento en que la joven se embarazaba avisaba a sus padres. Esto era motivo de alegría, se organizaba una reunión y al término de ésta, un anciano por parte del esposo dirigía unas palabras anunciando la nueva. El anciano se dirigía a la joven preñada con palabras tiernas y después a ambos esposos, aconsejándoles de cómo deberían comportarse.

A los 7 u 8 meses volvían a reunirse en casa de los padres de la joven para comer y beber, con el fin de conocer a la partera que había de intervenir en el parto. Se escogía una pariente del joven para que se encargase del parto a quien la partera comentaba haciendo ver que ella aunque médico y partera no sabía si su conocimiento era suficiente para traer al mundo al nuevo ser. acto seguido calentaba el temascal y lo colocaba en el vientre de la joven para ver en qué posición venía el niño y le daba indicaciones; que no ingiriera mucha sal o estuviera cerca del fuego para que no se tostara el niño, que no durmiera de día para que no sacara la cara deforme; que no viera nada rojo, para que no naciera de lado, que no ayunara ni comiera tierra; que los primeros meses fuera acomedida con su marido, esto tendría que velar al acercarse el momento del parto, de no ser así el niño nacería con una viscosidad blanca que le originaría problemas al nacer.

La tlamatquicitl, era la partera entre los aztecas. Su función era relevante, ya que contaba con un prestigio diferente al de las demás mujeres. Tenía la categoría de sacerdotisa, de

socializadora, de consejera en asuntos matrimoniales y de educadora en salud (5). Los habitantes del México antiguo en términos generales, concebían a la enfermedad como un fenómeno dual, dependiente del propio individuo y de las influencias metafísicas y físicas del medio en que habitaban. Como parte de esas creencias tenemos a la diosa del maíz, de la medicina y de las hierbas medicinales (centeotl), a la que adoraban "... los médicos y cirujanos, los sangradores y parteras..." (6). esta influencia metafísica se observaba también entre los nahuas.

Los niños que morían se consideraban que eran amados de dios, quien les daba por residencia la casa de "tonacatecutli", y si el fallecimiento acaecía en los primeros meses de vida, cuando los infantes aún mamaban, iban a la primera mansión celestial, "chichihaucauco", de cuyas frondosas ramas goteaba leche que les servía de alimento. También existía la creencia de que las mujeres que morían a consecuencia de su primer parto se transformaban en diosas. La cultura náhuatl los cuidados a la mujer embarazada y al niño tuvieron un lugar preponderante, aunque no se describe con exactitud en que consistían estos. En la época colonial (siglo xvi), la cultura estaba impregnada y la población comprometida con los problemas de fertilidad y de sexualidad.

Es hasta 1873 cuando se emitió el decreto 345 en el estado en donde establece que se daría la clínica de partos por la asignatura de obstetricia y se estableció una sala de maternidad. Anteriormente se impartían conocimientos a parteras o comadronas, pero no como una cátedra oficial. No fue sino hasta 1840 en que apareció el reglamento particular de la enseñanza médica, que consideró un curso sobre partos para las matronas en el hospital de san miguel, señalando además que "las parteras debían de ser casadas (con consentimiento de sus maridos) o viudas, haber llevado el curso y practicado bajo el cuidado de una matrona por dos años". Cuando se produjo el establecimiento de "ciencias médicas", en 1887, como se denominaba a la facultad de medicina en la ciudad de México, ya se contaba con la obra del Dr. rodríguez llamado "el arte de los partos". El Dr. Raúl lucio Nájera escribió también publicó "breves consideraciones sobre las condiciones higiénicas de las maternidades", un "cuadro sinóptico de obstetricia" y un "manual del arte de partos".

El Dr. Isidro espinosa de los reyes fue uno de los que más trabajó en beneficio del embarazo y el niño. Escribió los "apuntes sobre puericultura intrauterina", el cual incluía desde antes de la procreación, la gestación, hasta después del nacimiento, estableció una relación de causa a efecto entre las medidas higiénicas y de sanidad con el recién nacido. Aquí planteaba la necesidad de establecer una red que brindara atención preventiva en las etapas prenatal y

postnatal. En 1924 presentó a la academia nacional de medicina el tema “la mortalidad de la primera infancia en México; sus causas y sus remedios. Animado por los resultados de su trabajo presentó la propuesta de creación del servicio de higiene infantil, la cual fue aceptada en 1929. Él es el primer mexicano que incorpora el término prenatal o antenatal descrito por el francés ballantyne. En los programas de higiene pública.

Por el año de 1925 los doctores Rafael, Reygaldas y Atanasio garza ríos empezaron a realizar los partos en los hospitales más que en los domicilios, y se empezó a consultar más literatura norteamericana que francesa, que era la que había predominado hasta entonces. Posteriormente continuó la atención incorporando más acciones a realizar durante el embarazo, principalmente relacionados con la detección de riesgos, y con el número de visitas de la embarazada al consultorio del médico. Reflexiones sobre la atención a la embarazada la atención prenatal inicialmente fue proporcionada por parteras y enfermeras, pero el médico fue tomando el control en el transcurso del tiempo. La atención prenatal pasó de la partera que atendía a la embarazada en su hogar, al consultorio del médico y el parto se cambió a nivel hospitalario.

Se ha demostrado que la disminución de las visitas prenatales no complica el resultado del embarazo, ni el incremento de estas visitas lo mejora. Por otra parte la atención domiciliaria está volviéndose a poner de moda principalmente en Europa donde se está incrementando su utilización. Por lo que debe reevaluarse el lugar de la atención, la persona que proporciona esta atención, el contenido de las visitas de atención del embarazo, los momentos más oportunos, el personal adecuado para hacerla y sobre todo la calidad de la atención de la misma.

### **3.2 Definición de control prenatal.**

Es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbimortalidad materna y perinatal. Mediante el control prenatal, podemos vigilar la evolución del embarazo y preparar a la madre para el parto y la crianza de su hijo. De esa forma, se podrá controlar el momento de mayor morbimortalidad en la vida del ser humano, como es el período perinatal y la principal causa de muerte de la mujer joven como es la mortalidad materna.

<En Chile en 1993 la mortalidad perinatal fue de 12,8 por 1.000 nacidos vivos y la mortalidad materna de 3,62 por 10.000 nacidos vivos, cifras excelentes para el medio Latinoamericano, pero lejos aún de los países denominados desarrollados, constituyéndose aún en un

importante problema de salud pública para el país. El control prenatal debe ser eficaz y eficiente.

Esto significa que la cobertura deber ser máxima (sobre el 90% de la población obstétrica) y que el equipo de salud entienda la importancia de su labor. Aproximadamente el 70% de la población obstétrica no tiene factores de riesgo, su control es simple, y no requiere de infraestructura de alto costo. El equipamiento básico consiste en un lugar físico con iluminación y climatización adecuada, camilla o mesa ginecológica, esfigmomanómetro, balanza con cartabón, huinchas de medir flexibles, estetoscopio de Pinar, guantes de examen ginecológico, espéculos vaginales, sistema de registro clínico (carné prenatal) y equipo humano de salud. Con la infraestructura señalada podemos perfectamente lograr los objetivos generales del control prenatal que son:

- Identificar factores de riesgo.
- Diagnosticar la edad gestacional.
- Diagnosticar la condición fetal.
- Diagnosticar la condición materna.
- Educar a la madre.

Factor de riesgo es la característica o atributo biológico, ambiental o social que cuando está presente se asocia con un aumento de la posibilidad de sufrir un daño la madre, el feto o ambos. Desde el punto de vista perinatal los problemas que con mayor frecuencia se asocian a morbimortalidad son la prematuridad, la asfixia perinatal, las malformaciones congénitas y las infecciones. De ahí que las estrategias del control prenatal están orientadas a la prevención, diagnóstico oportuno y tratamiento de las patologías que condicionan los problemas anteriormente enunciados.

Los problemas que se asocian a morbimortalidad materna son la hemorragia obstétrica, las infecciones, el síndrome hipertensivo del embarazo y las enfermedades maternas pre gestacionales. Se han diseñado múltiples listados con factores de riesgo a los cuales se les asigna un puntaje, los que sumados, indicarían la necesidad de que esa gestación se controle en el nivel primario (policlínico general), secundario (policlínico de especialidad) o terciario (intrahospitalario) de atención prenatal.

Diagnóstico de edad gestacional.

Los elementos clínicos que se utilizan para el cálculo de la edad gestacional, son el tiempo de amenorrea a partir del primer día de la última menstruación y el tamaño uterino. Para que estos elementos tengan importancia en su utilidad práctica, el control prenatal debe ser precoz, para evitar el olvido de información por parte de la embarazada, y, porque la relación volumen uterino/edad gestacional es adecuada, siempre que el examen obstétrico se efectúe antes del quinto mes.

En niveles de atención prenatal de baja complejidad, y con embarazadas de bajo riesgo, los elementos clínicos enunciados pueden ser suficientes para fijar la edad gestacional y proceder en consecuencia. Idealmente, si se cuenta con el recurso ultrasonográfico, se debe practicar ese procedimiento para certificar la edad gestacional, teniendo en cuenta que su efectividad diagnóstica es máxima antes del quinto mes (error 7 días) y deficiente a partir del sexto mes (error 21 días).

Es necesario enfatizar que el diagnóstico de edad gestacional debe ser establecido a más tardar al segundo control prenatal, debido a que todas las acciones posteriores se realizan en relación a dicho diagnóstico. El desconocimiento de la edad gestacional constituye por sí mismo un factor de riesgo. La magnitud del riesgo estará dada por la prevalencia de partos prematuros, embarazos prolongados y retardo del crecimiento intrauterino en la población obstétrica bajo control.

Diagnóstico de la condición fetal.

Los elementos clínicos que permiten evaluar la condición fetal son: - latidos cardíacos fetales - movimientos fetales - tamaño uterino - estimación clínica del peso fetal - estimación clínica del volumen de líquido amniótico Es necesario enfatizar que la alteración de alguno de estos parámetros no constituye por sí solo una justificación para decidir la interrupción del embarazo, sino que deben efectuarse una serie de procedimientos diagnósticos (ver "Evaluación Unidad Feto-Placentaria" ), los que en conjunto con el conocimiento de la edad gestacional del feto, permitirán, una adecuada decisión obstétrica. - Latidos cardíacos fetales. Los LCF son auscultables con estetoscopio de Pinar desde el quinto mes de embarazo (20 semanas).

Con equipos portátiles de ultrasonido pueden ser identificados desde las 10 semanas. Su presencia es un signo de vida fetal, mientras que la aceleración de la frecuencia cardíaca con los estímulos externos, o con movimientos fetales espontáneos, es un signo de salud fetal. La frecuencia cardíaca fetal se considera como normal en el rango de 120 - 160 latidos por minuto; valores inferiores o superiores, se denominan bradicardia y taquicardia fetal,

respectivamente, y son signos sospechosos de hipoxia fetal. - Movimientos fetales. La percepción materna de los movimientos fetales ocurre entre las 18 y 22 semanas. Su presencia es un signo de vida fetal, mientras que el aumento de la actividad fetal especialmente postprandial constituye un signo de salud fetal.

La disminución significativa de la actividad fetal es un signo sospechoso de hipoxia fetal (ver "Evaluación de la Unidad Feto Placentaria"). - Tamaño uterino. Desde las 12 semanas de amenorrea el fondo uterino se localiza sobre la sínfisis pubiana y puede ser medido en su eje longitudinal, desde el borde superior de la sínfisis pubiana hasta el fondo uterino. Para esto se utiliza una cinta de medir flexible, graduada en centímetros, la cual se desliza entre el dedo medio y el índice del operador. La madre debe ubicarse en decúbito dorsal con las piernas semiflexionadas.

Estimación clínica del peso fetal. Probablemente sea uno de los contenidos que tiene mayor dificultad en el control prenatal, ya que exige experiencia para su determinación. En nuestra experiencia, el error de estimación del peso fetal en embarazo del tercer trimestre es 10%. La estimación obtenida, en relación a la edad gestacional, se localiza en la Tabla de Crecimiento Fetal desarrollada por Juez y col. lo que permite el diagnóstico de adecuación para la edad gestacional.

Estimación clínica del volumen de líquido amniótico. Las alteraciones cuantitativas del volumen de líquido amniótico constituyen un factor de alto riesgo de morbilidad y mortalidad perinatal. El oligoamnios se puede sospechar cuando hay una altura uterina disminuída, con una palpación extremadamente fácil de las partes fetales. Este hallazgo debe ser siempre confirmado con ultrasonografía.

El oligoamnios se asocia a rotura prematura de las membranas ovulares, retardo del crecimiento fetal, hipoxia fetal crónica y malformaciones congénitas como la agenesia renal. El polihidroamnios se sospecha cuando hay una altura uterina aumentada con palpación dificultosa de las partes fetales. Debe ser siempre confirmado con un examen ultrasonográfico. Se asocia a patologías como embarazo gemelar, diabetes mellitus, y malformaciones congénitas como la atresia esofágica y del sistema nervioso central.

### **3.3 Pruebas prenatales.**

Las pruebas prenatales ayudan a su profesional de la salud a averiguar cómo están usted y su bebé durante el embarazo. Varias veces durante el embarazo le harán algunas pruebas prenatales, como el control de presión arterial y un análisis de orina. Le harán otras pruebas

prenatales, como un ultrasonido o análisis de sangre especiales, en ciertos momentos durante el embarazo o si padece ciertos problemas. Algunas pruebas prenatales pueden ayudarle a averiguar si su bebé tiene ciertas condiciones de salud, como defectos de nacimiento y condiciones genéticas.

¿Qué son las pruebas prenatales y por qué son importantes?

Las pruebas prenatales son pruebas médicas que se le hacen durante el embarazo. Le ayudan a su profesional de la salud a saber cómo están usted y su bebé. Varias veces durante el embarazo en los chequeos de cuidado prenatal le harán algunas pruebas prenatales. Le harán otras pruebas en ciertos momentos del embarazo o si usted tiene ciertos problemas que pueden afectar su salud y la salud de su bebé. Por ejemplo, algunas pruebas prenatales detectan condiciones de salud en su bebé, incluyendo:

Defectos de nacimiento. Estos son problemas de salud que están presentes cuando el bebé nace. Esos defectos cambian la forma o la función de una o más partes del cuerpo. Los defectos de nacimiento pueden ocasionar problemas en la salud en general, y en el desarrollo o funcionamiento del cuerpo.

Condiciones genéticas y cromosómicas. Estas condiciones son causadas por cambios en los genes y cromosomas. Un gen es parte de las células de su cuerpo que guarda instrucciones sobre la forma en que su cuerpo crece y funciona. Un cromosoma es la estructura en las células que contiene los genes. Las condiciones genéticas incluyen la fibrosis quística (CF), la anemia falciforme y los defectos del corazón. Una condición cromosómica común es el síndrome de Down. A veces esas condiciones se transmiten de padres a hijos y, a veces, suceden naturalmente.

Si ciertas condiciones de salud son hereditarias en su familia, le convendrá consultar a un asesor en genética. El asesor en genética está capacitado para ayudarle a entender los genes, los defectos de nacimiento y otros problemas médicos que se transmiten en las familias, y cómo pueden afectar su salud y la de su bebé.

¿Qué son las pruebas de detección y las pruebas de diagnóstico?

Las pruebas prenatales son pruebas de detección o bien pruebas de diagnóstico:

Pruebas de detección. Estas pruebas chequean si su bebé tiene más probabilidades que otros de padecer una condición de salud, pero no le dicen con seguridad si la tiene. No hay riesgos para usted ni para su bebé si se hace una prueba de detección.

Pruebas de diagnóstico. Estas pruebas le dicen con seguridad si su bebé tiene o no una condición de salud. Si una prueba de detección muestra que su bebé corre alto riesgo de tener una condición de salud, su profesional puede recomendarle una prueba de diagnóstico para confirmar los resultados. Algunas pruebas de diagnóstico pueden representar algunos riesgos para su bebé, como el aborto espontáneo. El aborto espontáneo sucede cuando el bebé muere en la matriz antes de las 20 semanas de embarazo.

Los resultados de las pruebas de detección pueden ayudarle a decidir si desea hacerse una prueba de diagnóstico. Depende de usted saber con certeza si su bebé tiene una condición de salud. Si decide hacerse una prueba de diagnóstico, puede averiguar más información sobre la condición de su bebé y cómo atenderlo una vez que nazca. También puede hacer planes para dar a luz en un hospital que pueda darle a su bebé cuidados médicos especiales.

¿Qué pruebas prenatales le hacen durante todo el embarazo?

Las pruebas que se pueden hacer varias veces durante el embarazo:

Control de la presión arterial. Su profesional le controla la presión arterial para asegurarse de que no tenga pre eclampsia. La pre eclampsia sucede cuando la embarazada tiene presión arterial alta y señales de que algunos de sus órganos, como los riñones y el hígado, no están funcionando adecuadamente. El pre eclampsia puede causar graves problemas durante el embarazo.

Análisis de orina. Su profesional le controla la orina para ver si hay infecciones, como una infección de la vejiga o de los riñones, y otras condiciones como la pre eclampsia. Tener proteína en la orina puede ser una señal de pre eclampsia.

Análisis de sangre. Su profesional le controla la sangre para ver si tiene ciertas infecciones como sífilis, hepatitis B y VIH. También con el análisis de sangre puede ver cuál es su tipo sanguíneo y factor Rh y chequear si tiene anemia. La anemia sucede cuando usted no tiene suficientes glóbulos rojos sanos en la sangre para transportar oxígeno al resto de su cuerpo. El factor Rh es una proteína que la mayoría de las personas tiene en los glóbulos rojos. Si no la tiene y su bebé sí, puede causar incompatibilidad Rh en su bebé. El tratamiento durante el embarazo puede prevenir la incompatibilidad Rh.

Su profesional también le debe controlar el peso en cada chequeo de cuidado prenatal para asegurarse de que esté aumentando la cantidad apropiada.

¿Qué pruebas prenatales se hacen en el primer trimestre?

Prueba de detección del portador de condiciones genéticas. Esta prueba de detección analiza su sangre o saliva para ver si es portadora de ciertas condiciones genéticas que podrían afectar a su bebé. Si usted es portadora, significa que no padece la condición, pero tiene un cambio de un gen que le puede transmitir a su bebé. Si usted y su pareja son portadores de la misma condición, aumenta el riesgo de su bebé de tenerla. Esta prueba de detección del portador puede hacerse antes del embarazo o en las primeras semanas de embarazo.

Si los resultados muestran que usted o su pareja es un portador, tal vez pueda averiguar si su bebé tiene la condición o si es portador. A todas las mujeres se les puede hacer la prueba de detección del portador de fibrosis quística (CF), atrofia muscular espinal (SMA), talasemias y hemoglobinopatías. La CF es una enfermedad que afecta la respiración y la digestión. La SMA ataca las células nerviosas de la médula espinal. Debilita los músculos y puede afectar el movimiento, la respiración y la deglución.

Las talasemias y las hemoglobinopatías son trastornos de la sangre que afectan los glóbulos rojos. A algunas mujeres les hacen la prueba de detección del portador para condiciones como el síndrome de X frágil y la enfermedad de Tay-Sachs. Esos trastornos son hereditarios en familias o grupos étnicos. El grupo étnico es un grupo de personas, por lo general del mismo país, que comparten un idioma o cultura.

Prueba del ADN fetal libre de células (también llamada prueba de detección prenatal no invasiva). Con esta prueba le controlan la sangre para ver si el ADN de su bebé tiene ciertas condiciones genéticas como el síndrome de Down. Esta prueba se hace después de las 9 semanas de embarazo. Su profesional puede recomendársela si el ultrasonido muestra que su bebé puede tener un defecto de nacimiento o si ya tuvo un bebé con un defecto de nacimiento. No se recomienda si no corre riesgo de tener un bebé con un defecto de nacimiento o si está embarazada de múltiples (más de un bebé, como mellizos o trillizos). Esta prueba se llama "no invasiva" porque es un análisis de sangre sencillo que no requiere otros instrumentos que cortan la piel o entran en su cuerpo. Si se le hace esta prueba, su profesional puede recomendarle que se haga una prueba de diagnóstico, como la amniocentesis, para confirmar los resultados.

Muestra de la vellosoidad coriónica o placentaria (CVS). Esta prueba de diagnóstico examina el tejido de la placenta para ver si su bebé tiene una condición genética, como el síndrome de Down. La prueba de CVS se hace entre las semanas 10 y 13 de embarazo. Su profesional puede indicarle la prueba de CVS si usted es mayor de 35 años, si hay condiciones genéticas

que se transmiten en su familia o si su prueba prenatal del primer trimestre muestra que su bebé corre más riesgo de tener defectos de nacimiento.

Ultrasonido temprano (también llamado ultrasonido del primer trimestre). El ultrasonido usa ondas sonoras y una pantalla de computadora para formar una imagen de su bebé adentro de la matriz. Su profesional puede usar el ultrasonido del primer trimestre para asegurarse de que usted esté embarazada o para calcular la fecha de su embarazo y así saber cuántas semanas tiene.

Prueba prenatal en el primer trimestre. Esta prueba de detección incluye un análisis de sangre y un ultrasonido para ver si su bebé corre riesgo de tener algunos defectos de nacimiento, como el síndrome de Down y defectos del corazón. La prueba por lo general se hace entre las semanas 11 y 14 de embarazo.

¿Qué pruebas se hacen en el segundo trimestre?

Análisis de sangre materna (también llamado prueba de detección cuádruple). Con esta prueba le controlan la sangre para ver si su bebé corre riesgo de tener algunos defectos de nacimiento, como el síndrome de Down. Se llama prueba de detección cuádruple porque mide cuatro sustancias de su sangre: alfa-feto proteína (AFP), estriol, gonadotropina coriónica humana (hCG) e inhibida A. La prueba se hace entre las semanas 15 y 22 de embarazo.

Amniocentesis (también llamada amnios). La amniocentesis es una prueba de diagnóstico del líquido amniótico que rodea a su bebé para ver si tiene un defecto de nacimiento o una condición genética como el síndrome de Down. La prueba por lo general se hace entre las semanas 15 y 20 de embarazo. Es posible que se le aconseje la amnios por los mismos motivos que para la prueba de CVS. También se le puede hacer la amnios más adelante en el embarazo para chequear los pulmones de su bebé o para ver si tiene ciertas infecciones.

Ultrasonido. Se utiliza el ultrasonido para chequear el crecimiento de su bebé y para ver si tiene defectos de nacimiento. Generalmente se hace entre las semanas 16 y 20 de embarazo.

Prueba de glucosa. Con esta prueba se detecta si usted tiene diabetes gestacional. Es un tipo de diabetes que algunas mujeres tienen durante el embarazo. Se le hace esta prueba entre las semanas 24 y 28 de embarazo.

¿Qué pruebas se hacen en el tercer trimestre?

En su último trimestre (meses 7, 8 y 9 de embarazo), se le hace una prueba para detectar el estreptococo del grupo B (GBS). El estreptococo del grupo B es una infección que usted le puede pasar a su bebé durante el parto. La prueba chequea el líquido de su cuello uterino para ver si tiene GBS. Se le hace esta prueba entre las semanas 35 y 37 de embarazo.

¿Qué es el conteo de patadas y cómo se debe hacer?

El conteo de patadas (también llamado recuento de movimiento fetal) es una manera de que usted lleve un control de cuánto se mueve su bebé. Para los 5 meses de embarazo (20 semanas) aproximadamente, debe empezar a sentir a su bebé moviéndose en su abdomen. Su bebé puede girar de lado a lado y a veces de pies a cabeza. Debemos tomar en cuenta las siguientes inquietudes de la usuaria:

Está en alrededor de las 20 semanas de embarazo y no ha sentido que su bebé se mueve.

Le preocupa que su bebé no se está moviendo.

Nota un cambio en la frecuencia de los movimientos de su bebé, en especial si se mueve menos.

Su profesional puede pedirle que cuente las patadas para ver cuándo y con qué frecuencia se mueve su bebé.

Hay dos maneras de contar las patadas:

Todos los días, calcule el tiempo que le lleva a su bebé moverse diez veces. Si le toma más de 2 horas, avise a su profesional de la salud.

Vea cuántos movimientos siente en 1 hora. Hágalo tres veces por semana. Si cambia el número, avise a su profesional.

### **3.4 Asesoramiento genético.**

Las pruebas genéticas identifican las probabilidades que tienen los padres de transmitir ciertas enfermedades o trastornos genéticos a sus hijos. Si su historial médico sugiere que le podrían ayudar las pruebas genéticas, lo más probable es que su médico lo remita a un asesor genético. O tal vez sea usted quien prefiera buscar a su propio asesor genético.

¿Qué es el asesoramiento genético?

El asesoramiento genético es el proceso a través del cual: Se evalúa su historial médico personal y el de su familia. Se solicitan pruebas genéticas. Se evalúan los resultados de

estas pruebas. Se ayuda a los padres a entender los resultados para que tomen decisiones informadas sobre cómo proceder a continuación

Las pruebas genéticas se llevan a cabo a partir de pequeñas muestras de sangre o de tejidos corporales. Estas pruebas determinan si usted, su pareja o su bebé son portadores de genes de ciertos trastornos hereditarios.

¿Qué son los genes?

Los genes están compuestos por moléculas de ADN, que son los componentes estructurales básicos de la herencia. Los genes se agrupan en patrones específicos dentro de los cromosomas de una persona, formando un "anteproyecto" único y exclusivo de cada uno de los rasgos físicos y biológicos de esa persona.

Los seres humanos tenemos 46 cromosomas, organizados por pares en cada una de las células de nuestros cuerpos. Cuando el óvulo y el espermatozoide se unen en el momento de la concepción, una persona hereda la mitad de cada par de cromosomas de su padre y la otra mitad de su madre. Esta nueva combinación de cromosomas se copia a sí misma una y otra vez durante el proceso de desarrollo y crecimiento fetal, transmitiendo una información genética idéntica a cada nueva célula en el feto en proceso de crecimiento.

La ciencia actual sugiere que un ser humano tiene aproximadamente 25.000 genes. Un error en un solo gen (y, en algunos casos, incluso una leve alteración en un pequeño fragmento del ADN) puede ser la causa de una afección médica grave.

¿Qué hacen los asesores genéticos?

Las pruebas genéticas ofrecen resultados complejos. Entender qué significan es donde entra el asesoramiento genético.

Los asesores genéticos son profesionales que han completado un máster en medicina genética y habilidades de asesoramiento. En EE.UU., estos profesionales deben aprobar un examen realizado por la American Board of Genetic Counseling (Junta Americana de Asesoramiento Genético) para obtener su titulación.

Los asesores genéticos:

Ayudan a identificar y a interpretar los riesgos de la descendencia de tener un trastorno de base hereditaria. Explican cómo se tramiten estos trastornos. Sugieren las pruebas pertinentes. Explican las distintas posibilidades que se podrían obtener como resultado.

También le explicarán qué tipo de información facilita el asesoramiento genético y le darán apoyo emocional.

¿Quién debe consultar a un asesor genético?

La mayoría de las parejas que buscan un hijo o que ya están esperando un bebé no necesitan consultar a un asesor genético. Según el Centro de Control y Prevención de las Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés), aproximadamente el 3% de los bebés estadounidenses nacen con anomalías congénitas cada año. Muchos de los problemas que ocurren son tratables. El paladar hendido y el pie zambo, dos de las anomalías congénitas más frecuentes, se pueden tratar quirúrgicamente, al igual que las anomalías cardíacas (o cardiopatías congénitas).

El mejor momento para visitar a un asesor genético es antes de que la mujer se quede embarazada. El asesor genético lo puede ayudar a entender cualquier factor de riesgo. Pero incluso durante el embarazo, una visita a un asesor genético puede ayudar.

Los expertos recomiendan ofrecer a todas las mujeres embarazadas, independientemente de su edad o de sus circunstancias, una prueba de cribado prenatal para detectar el síndrome de Down.

Es especialmente importante acudir a un asesor genético si:

- Una mujer embarazada presenta resultados anómalos en una prueba prenatal de cribado estándar
- Se obtienen unos resultados inesperados en una amniocentesis
- Uno de los padres o un pariente cercano tiene una enfermedad hereditaria o una anomalía congénita
- Uno de los padres ya tiene un hijo con una anomalía congénita, una discapacidad intelectual o un trastorno genético
- La futura madre ya ha tenido más de dos abortos o hijos que murieron cuando eran bebés
- La futura madre tendrá 35 años o más cuando nazca el bebé. Las probabilidades de tener un hijo con síndrome de Down aumentan con la edad de la madre.
- Existe una preocupación por anomalías genéticas que ocurren más a menudo en ciertos grupos étnicos o raciales

-A alguno de los progenitores le preocupa los efectos de haberse expuesto a radiaciones, medicamentos, drogas ilegales, infecciones o sustancias químicas

Antes de acudir a la consulta de un asesor genético en persona, es posible que le pidan que reúna información sobre su historial médico personal y familiar. Al asesor genético, le interesará estar bien informado sobre cualquier pariente que padezca un trastorno genético, que haya tenido abortos múltiples y sobre las muertes precoces o inexplicables que hayan ocurrido en su familia. El asesor también querrá estar bien informado sobre su propio historial médico, incluyendo cualquier ecografía prenatal, los resultados de otras pruebas prenatales, datos sobre embarazos previos y la medicación que haya estado tomando antes y/o durante el embarazo.

Cuando usted se reúna con el asesor, revisarán conjuntamente cualquier falta de información, así como las áreas más problemáticas en el historial médico de su familia. El asesor lo ayudará a entender los patrones hereditarios de cualquier trastorno que se dé en su familia, así como a evaluar sus probabilidades de tener un hijo con ese trastorno.

El asesor le hablará sobre los riesgos que acompañan a cualquier embarazo y sobre los riesgos particulares a los que se expone usted. Incluso si usted descubre que tiene un gen problemático, la ciencia no siempre puede predecir la gravedad de la enfermedad relacionada con ese gen. Por ejemplo, un niño afectado por una fibrosis quística puede tener problemas graves en los pulmones o, algo menos frecuente, presentar solo síntomas respiratorios leves.

Si se necesitan más pruebas, el asesor lo ayudará a concertar las visitas pertinentes y llevará todo el papeleo asociado. Cuando los resultados estén listos, el asesor lo llamará para darle la noticia y es posible que le pida que lo vuelva a visitar para hablar más detenidamente sobre ello.

¿Qué ocurre después del asesoramiento genético?

Los asesores genéticos lo pueden ayudar a entender sus opciones y a adaptarse a cualquier incertidumbre que deba afrontar. Pero usted y su familia serán quienes deberán decidir qué hacer a continuación.

Si antes de concebir, se entera de que usted y/o su pareja presentan un riesgo elevado de tener un hijo con una anomalía congénita grave o fatal, sus opciones serán las siguientes:

Diagnóstico de pre-implantación. Es cuando los óvulos, previamente fecundados in vitro (en un laboratorio, fuera del útero materno) se analizan en el momento en que solo contienen 8

células (etapa del blastocito). Y solo se implantan en el útero materno los blastocitos que no sean portadores de la anomalía para que se produzca un embarazo.

Utilizar un donante de esperma o de óvulos

Correr el riesgo de tener un hijo

Concebir a un bebé y someterse a pruebas prenatales específicas

Si recibe un diagnóstico de una anomalía congénita grave o fatal después de la concepción, sus opciones serán las siguientes:

Prepararse para los desafíos que deberá afrontar cuando nazca el bebé

Cirugía fetal para corregir la anomalía antes del nacimiento. La cirugía solo se puede usar para tratar algunas anomalías, como la espina bífida o la hernia diafragmática congénita, un orificio en el diafragma que puede comprometer el desarrollo pulmonar. La mayoría de las anomalías congénitas de origen genético no se pueden tratar quirúrgicamente.

Los asesores genéticos pueden compartir con usted las experiencias que han tenido con otras familias que atravesaban situaciones similares a la suya. Pero no le sugerirán ninguna forma particular de actuar. Un buen asesor genético entiende que lo que es acertado para una familia puede no serlo para otra.

De todos modos, los asesores genéticos lo pueden remitir a otros especialistas que lo pueden ayudar. Los asesores genéticos también pueden remitirlo a trabajadores sociales, grupos de apoyo o profesionales de la salud mental, que lo ayudarán a adaptarse y a prepararse para afrontar su nueva y compleja realidad.

Consultar a un asesor genético, aparte de ser informativo, puede ser tranquilizador, sobre todo si usted o su pareja saben que tienen factores de riesgo genético. Hable con su médico si cree que le iría bien consultar a un asesor genético.

### **3.5 Definición de parto normal y Cesárea.**

Definición de parto. ... Se considera un parto a término, es decir a tiempo normal, el que ocurre entre las 37 y 42 semanas desde la fecha de última menstruación. Los partos ocurridos antes de las 37 semanas se consideran partos prematuros y los que ocurren después de las 42 semanas se consideran partos post-término.

Natural o no, cualquier parto conlleva una serie de posibles complicaciones. Esto no significa que el parto deba ser tomado como algo peligroso o tener miedo a él, sino que un parto es

un proceso natural en el que debemos tomar algunas medidas que previenen esas complicaciones. Por otro lado, un parto no es una situación de riesgo, y sólo se convierte en tal cosa si el estado de la madre, del feto o de ambos entraña un peligro en algún modo (madre diabética, feto inmaduro, infección del canal del parto, etc.).

Se discute si el parto natural es un parto de riesgo o no, ya que algunas personas piensan que con los métodos de prevención naturales es suficiente y otras piensan que siempre se debe obtener una vigilancia médica dispuesta a intervenir si es necesario.

Podemos decir que hay aspectos del parto que pueden prescindir de intervención médica y optar por técnicas naturalistas (por ejemplo, el control del dolor puede conseguirse mediante alguno de los métodos que hemos explicado); pero existen complicaciones que indudablemente ponen en peligro a la madre y al feto, por ello prescindir totalmente de atención médica puede convertir al parto natural en una situación de riesgo. Algunas posibles complicaciones del parto y sus soluciones son las siguientes:

#### Dilatación

#### Parto prolongado

La duración del parto no debe prolongarse más allá de unos límites razonables, unas 20 horas para las primíparas y 14 horas para las multíparas. Partos de larga duración pueden dar lugar a infecciones del canal del parto, deshidratación de la madre y sufrimiento fetal, entre otros. Si esto ocurre, se debe recurrir a soluciones lógicas, adecuadas y lo menos lesivas posibles para la madre:

-Cambiar de postura, hidratación y medicamentos que aumenten las contracciones.

-Fórceps, son unas pinzas que cogen la cabeza del feto para sacarlo por vía vaginal.

-Cesárea, es una operación en la que se abre el abdomen y el útero de la madre para sacar al bebé a través de la incisión.

#### Laceraciones.

Son muy frecuentes durante el parto y es difícil su prevención ya que los masajes o ejercicios de los músculos del suelo de la pelvis no dan resultado, depende directamente de las características propias de la mujer (elasticidad, resistencia) y del bebé (tamaño). Para prevenirlos sólo se puede realizar una episiotomía, esto es un corte limpio en la entrada de la vagina que después del parto se cose fácilmente y no retrasa la recuperación de la madre.

## Hipoxia fetal

Hoy se utilizan más los términos de "pérdida de bienestar fetal". El parto es un viaje complicado para el feto y, además del camino difícil que recorre, las contracciones uterinas disminuyen el flujo de sangre a través del cordón umbilical y el oxígeno que recibe es menor. Para detectar el sufrimiento fetal existen los registros cardiotocográficos y la toma de pequeñas muestras de sangre del feto, que sólo son necesarios en partos con sospecha de que el feto sufra. Las soluciones que existen para evitar la pérdida de bienestar fetal son:

Medicamentos que impidan las contracciones hasta que los niveles de oxígeno en el feto se normalicen.

Fórceps o, si no es posible, cesárea.

Cesárea.

Es una intervención quirúrgica en la cual se realiza una incisión en el abdomen (laparotomía) y el útero de la madre para extraer uno o más bebés.

Dicha intervención tiene sus orígenes en la historia humana desde las cesáreas post mortem ya conocidas y practicadas en la antigua Roma, tal y como se contemplaba en la Lex Caesarea: una mujer que muriese durante el embarazo tardío debía ser sometida a esta intervención con la finalidad de intentar salvar la vida del feto.

El primer dato que se tiene de una mujer que sobrevivió a una cesárea fue en Alemania en el año 1500. Se cree que Jacob Nufer, un castrador de cerdos, le hizo esta operación a su esposa tras una prolongada labor. La mayoría de las veces, el procedimiento tenía una alta mortalidad. Viajeros europeos en la región de los grandes lagos de África observaron durante el siglo XIX secciones cesáreas que eran efectuadas de forma regular. La madre expectante era normalmente anestesiada con alcohol y se usaba una mezcla de hierbas para mejorar la recuperación.

La OMS suele recomendar su uso cuando un parto vaginal podría conducir a complicaciones médicas, la cual debiera ser utilizada sólo en un 15 a 30% de los casos.

Indicaciones de cesárea en maternas, fetales y que tienen que ver con la placenta y el cordón.

Origen materno:

-Alteraciones de la pelvis de la madre que afecten el canal de parto de distintos orígenes.

- Obstrucciones del canal pelvi genital por tumores benignos (fibromas) o malignos (cáncer del cuello uterino).
- Enfermedades severas, a saber: hipertensión grave e irreductible, que pone en riesgo la vida materna, eclampsia (convulsiones en el parto), enfermedades pulmonar o renal severas, secuelas de una antigua diabetes sin tratamiento que produzca un bebé muy grande y débil.
- Falta de contracciones uterinas o exceso de ellas, que no responden al tratamiento con medicación, embarazo que se prolongue más allá de las 42 semanas de gestación y no responda a la inducción o provocación del parto.
- Infecciones activas por herpes virus, con localización genital.

#### Origen fetal:

- Anormalidad en la posición del feto (niño atravesado en la pelvis de la madre).
- Primer bebé en presentación pelviana (“de cola»), tanto en gemelares como en parto único.
- Presentación de frente o de cara (con la cabeza doblada hacia atrás).
- Gigantismo del feto (peso estimado en 4.500 gramos o más) que pueda producir al momento de nacer un traumatismo de su hombro con consecuente parálisis del miembro superior.
- Presencia de anomalías o tumores fetales que dificulten el nacimiento.
- Prematurez por rotura prematura de las membranas.
- Retardo del crecimiento dentro del útero.
- La muerte fetal habitual, previa al nacimiento en partos anteriores.

#### Origen en placenta o cordón:

- Placenta previa (la placenta se sitúa delante del niño).
- Desprendimiento de la placenta de su lugar de inserción previo al parto.
- Envejecimiento de la placenta, hemorragias e infartos.
- El diagnóstico ecográfico de inserción anormal de la misma, llamado «acretismo placentario».

-Circulares del cordón «ajustadas» al cuello fetal, brevedad real del cordón, nudo real del mismo, alteraciones en su inserción en la placenta. Cada una de estas alteraciones y/o la combinación entre ellas o con otras varias enfermedades, conducen al «sufrimiento fetal».

-La presencia de «cicatrices de operaciones previas» (varias cesáreas anteriores o cirugías uterinas previas al embarazo en los dos años previos) y antecedentes de rotura uterina, son condicionantes de graves daños maternos, con hemorragias cataclísmicas muchas veces sin solución.

Además de una variada gama de enfermedades tanto maternas como fetales producen las indicaciones relativas de la operación, es decir, que si no se solucionan hay que intervenir a favor del binomio madre-hijo.

Por otra parte, se debe aclarar las trombofilias no son un impedimento para que la paciente tenga un parto vía vaginal si la misma se encuentra bien controlada al momento del parto.

### **3.6 Complicaciones del embarazo.**

La mayoría de los embarazos son normales, puede haber complicaciones en algunos casos. A continuación, se enumeran algunas de las complicaciones del embarazo más comunes:

Complicaciones con el líquido amniótico. Demasiado o muy poco líquido amniótico en el saco que contiene al feto puede significar un problema para el embarazo. Demasiado líquido puede causar una presión excesiva en el útero de la madre, lo que provocaría un parto prematuro. También puede presionar el diafragma de la madre, lo que le causaría dificultades respiratorias. Los líquidos tienden a acumularse en casos de diabetes no controlada, embarazo múltiple, grupos sanguíneos incompatibles o defectos de nacimiento. La presencia escasa de líquido puede ser un signo de defectos de nacimiento, retardo en el crecimiento o mortinato.

El sangrado durante la última etapa del embarazo puede acarrear complicaciones en la placenta, una infección vaginal o de cuello del útero, o un parto prematuro. Las mujeres que sangran durante la última etapa del embarazo pueden tener un mayor riesgo de perder el feto y sufrir hemorragias (sangrado excesivo). Deberá informar inmediatamente a su doctor sobre cualquier tipo de sangrado que ocurra durante el embarazo.

Embarazo ectópico. Un embarazo ectópico es el desarrollo del feto fuera del útero. Esto puede ocurrir en las trompas de Falopio, el canal del cuello del útero o la cavidad pélvica o

abdominal (vientre). La causa de un embarazo ectópico generalmente es el tejido cicatricial de la trompa de Falopio a raíz de una infección o una enfermedad. El riesgo de embarazo ectópico aumenta en mujeres que se sometieron a procedimientos para ligar las trompas, especialmente en aquellas que tenían menos de 30 años al momento de la ligadura.

Aborto espontáneo o pérdida del feto. Un aborto espontáneo es la pérdida del embarazo que ocurre hasta las 20 semanas de gestación. La mayoría ocurre antes de las 12 semanas. Los abortos espontáneos suceden en alrededor del 15 % al 20 % de los embarazos, y generalmente se deben a anomalías genéticas o cromosómicas.

Usualmente, ocurren luego de la aparición de sangrado vaginal ligero y cólicos fuertes. Para confirmar un aborto espontáneo, pueden realizarse análisis de sangre y ecografías. A menudo, el feto y el contenido del útero se expulsan naturalmente. Si esto no sucede, será necesario un procedimiento llamado "dilatación y raspado". Este procedimiento se realiza con instrumentos especiales para quitar el embarazo anormal.

Puede haber una pérdida del feto durante el segundo trimestre, si el cuello del útero es débil y se abre muy prematuramente. A esto se lo denomina "cuello incompetente". En algunos casos de cuello incompetente, el médico puede ayudar a prevenir la pérdida del embarazo al suturar el cuello y mantenerlo cerrado hasta el momento del parto.

Complicaciones placentarias. Bajo circunstancias normales, la placenta se adhiere a la pared uterina. Sin embargo, pueden producirse dos tipos de complicaciones placentarias, que incluyen:

Desprendimiento prematuro de la placenta. Algunas veces, la placenta se separa de la pared uterina en forma prematura o demasiado pronto. A esto se lo denomina "desprendimiento prematuro de la placenta" y puede ocasionar sangrado y menor cantidad de oxígeno y nutrientes enviados al feto. La separación puede ser total o parcial, y usualmente se desconoce la causa del desprendimiento prematuro de la placenta. Este desprendimiento ocurre aproximadamente en 1 de cada 120 nacidos vivos.

El desprendimiento prematuro de la placenta es más común en mujeres fumadoras, mujeres con hipertensión, embarazo múltiple y/o mujeres que ya hayan tenido hijos o con antecedentes de desprendimiento prematuro de la placenta.

Los síntomas y tratamientos para esta complicación dependen del grado de separación. Los síntomas pueden incluir sangrado, cólicos y sensibilidad abdominal. El diagnóstico generalmente se confirma a través de un examen físico completo y una ecografía. Las

mujeres que padecen de esta condición usualmente necesitan internación y podrían tener que dar a luz en forma prematura.

Placenta previa. Normalmente, la placenta se encuentra en la parte superior del útero. La placenta previa es una condición en la que la placenta se encuentra adherida cerca del cuello del útero (la apertura hacia el útero) o lo cubre.

Este tipo de complicación placentaria se produce aproximadamente en 1 cada 200 partos, con una incidencia mayor en mujeres con cicatrices por embarazos anteriores, con fibromas u otros problemas en el útero, o con cirugías uterinas anteriores.

Los síntomas pueden incluir sangrado vaginal claramente rojo que no esté acompañado de sensibilidad abdominal (vientre) o dolor. El diagnóstico se confirma a través de un examen físico completo y una ecografía. Según la severidad del problema y la etapa del embarazo, puede requerirse un cambio en las actividades diarias o reposo en cama. Generalmente, el bebé debe nacer a través de cesárea para evitar que la placenta se separe prematuramente e impida que el bebé reciba oxígeno durante el parto.

Preeclampsia o eclampsia. La preeclampsia, también conocida como toxemia, se caracteriza por la hipertensión inducida durante el embarazo, elevados niveles de proteína en la orina e hinchazón debido a la retención de líquidos. La eclampsia es la forma más grave de este problema, que puede ocasionar convulsiones, coma e incluso la muerte. Se desconoce la causa de la preeclampsia, pero es más común en embarazos primerizos. Afecta a alrededor del 7 % al 10 % de mujeres embarazadas. Otros factores de riesgo para la preeclampsia incluyen:

- Mujeres gestando fetos múltiples.

- Madres adolescentes.

- Mujeres mayores de 40 años.

- Mujeres con hipertensión, diabetes y/o enfermedades renales presentes antes del embarazo.

Los síntomas pueden incluir hinchazón severa de las manos y la cara, hipertensión, jaqueca, mareos, irritabilidad, menor diuresis, dolor abdominal (del vientre) y visión borrosa. El tratamiento variará de acuerdo con la severidad de la condición y la etapa del embarazo. El tratamiento puede incluir la internación, reposo en cama, medicación para bajar la hipertensión y chequeos más seguidos tanto del feto como de la madre.

### **3.7 Enfermedades crónicas en la madre y en el producto.**

Las enfermedades crónicas requieren un cuidado especial que, con el inicio de un tratamiento, mejora el pronóstico y la calidad de vida de quienes la padecen. Sin embargo, ¿qué pasa cuando una mujer quiere embarazarse? Aquí, la consulta preconcepcional juega un rol fundamental, pues permitirá detectar posibles problemas y reducir riesgos durante la gestación, para la mamá y su producto.

¿Cuáles son las enfermedades crónicas más comunes en el embarazo?

#### **Diabetes**

En caso de resistencia a la insulina, diabetes pre-gestacional o aquella que aparece durante el embarazo, es necesario realizar un seguimiento estricto con el diabetólogo y el ginecólogo obstetra con el fin de mantener la glicemia en un nivel próximo a la normalidad y vigilar el crecimiento fetal adecuado.

Recomendaciones:

- Autocuidado y seguimiento de pautas específicas de régimen alimenticio
- Tener un seguimiento diario de los índices de azúcar en la sangre.
- Asistencia y motivación de controles con mayor frecuencia.

#### **Diabetes gestacional**

Se ha visto un incremento en los casos de diabetes gestacional relacionados al aumento de la obesidad y el sedentarismo. Generalmente no da señales, por eso es importante la realización de la curva de glucosa solicitada en los controles con el ginecólogo.

#### **Hipertensión arterial**

La hipertensión puede ser una condición preexistente al embarazo, la que puede ser desencadenada por el embarazo: la llamada preeclampsia, o una mezcla de ambas condiciones. La preeclampsia se caracteriza por la elevación de la presión arterial en la segunda mitad del embarazo, mientras que la presencia de retención de líquido y la aparición de proteínas en la orina son más frecuentes en el primer embarazo.

Cabe mencionar que el extremo más severo de presentación es con crisis convulsivas en la llamada preeclampsia, que es una situación que debería ser evitada con el diagnóstico precoz y control de la enfermedad.

Los factores de riesgo son:

-Primer embarazo o historia familiar de preeclampsia.

-Edad extrema: menos de 20 años o más de 35.

-Embarazo múltiple.

-Obesidad u otras enfermedades preexistentes como hipertensión arterial crónica, diabetes mellitus, trombofilias, enfermedad renales

-Familia directa con antecedentes

-Hipotiroidismo

Durante el embarazo, la demanda de la hormona tiroidea es al menos 50% mayor, por lo que una alteración incipiente de su función podría provocar una respuesta insuficiente. La depresión, el asma, enfermedades cardíacas, epilepsia, trombosis o disautonomía son otras enfermedades que necesitan de un constante seguimiento de parte de los especialistas. En todas, la consulta preconcepcional y el control son clave. Actividad física, alimentación saludable y seguimiento de la enfermedad ayudarán a tener un mejor embarazo y un parto más seguro.

### **3.8 Urgencias médicas obstétricas.**

La razón de mortalidad materna (RMM) es considerada a nivel internacional como un indicador del desarrollo social, además de reflejar el nivel de injusticia e inequidad al interior de la sociedad. Actualmente, 99 por ciento de las muertes maternas a nivel mundial ocurre en países en desarrollo (OMS, 2009) y la mayoría es evitable. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, se calcula que anualmente a nivel mundial de 15 a 20 por ciento de los embarazos puede complicarse aún sin causa aparente, favoreciendo una emergencia obstétrica (EO).

La urgencia o emergencia obstétrica se define como aquel estado de salud que pone en peligro la vida de la mujer y/o al producto y que además requiere de atención médica y/o quirúrgica de manera inmediata. (Secretaría de Salud, 2009). Las EO son resultado, principalmente, de las siguientes cinco causas: hemorragia obstétrica o sangrado durante el embarazo; parto o después del parto; trastornos hipertensivos (incremento de la presión arterial); infecciones (que se manifiestan por altas temperaturas); parto obstruido o parto prolongado (porque el producto no puede pasar por la pelvis), y aborto, que se manifiesta por sangrado en el primer trimestre del embarazo.

Se ha estimado que el tiempo promedio para que se produzca la muerte a partir del inicio de la EO es de dos horas en el caso de una hemorragia postparto, dos días para la eclampsia y el parto obstruido, así como seis días en el caso de algún proceso infeccioso. Por lo anterior, resulta de vital importancia el enfoque de la atención de las EO.

En el caso de México, durante 2011 se registraron 971 muertes maternas, lo que representa una RMM –calculada por residencia habitual de la madre, por cada 100 mil nacidos vivos– de 50.7 (Observatorio de Mortalidad Materna en México, 2013). Cifras disponibles de 2010 registran 20 por ciento de EO atendidas en hospitales. En áreas rurales la mitad de las muertes se debe a hemorragias.

Actualmente resulta claro que una EO amerita de atención inmediata, aunque el significado del concepto de EO no ha sido una tarea fácil en virtud de que la connotación de emergencia para la población no necesariamente se refiere a una situación de urgencia acorde con los criterios médicos. Lo anterior es conocido como “urgencia sentida” (la urgencia que es percibida por la usuaria). Esto permite distinguir entre las necesidades de la población (“necesidades sentidas”) y las necesidades que son percibidas por el Sector Salud, priorizándose estas necesidades a partir del perfil epidemiológico de la población y de los recursos humanos y materiales con los que se cuente.

La Ley General de Salud (LGS) y su Reglamento en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica señalan que los establecimientos que brinden servicios de atención médica están obligados a tomar las medidas necesarias que aseguren la valoración médica del usuario y el tratamiento completo de la urgencia o la estabilización de sus condiciones generales, para que pueda ser transferido a otra unidad médica con el fin de preservar la vida y la integridad física de las personas, sin restricciones de ningún tipo.

### **3.9 Hemorragia en el embarazo.**

Se entiende por hemorragia durante el embarazo todo sangrado vaginal que se produzca a través de la vagina en cualquier momento del embarazo.

Clásicamente las hemorragias durante el embarazo se han dividido en dos grandes grupos, aquellas que se producen durante el primer trimestre y aquellas que se producen durante el tercer trimestre. En el caso de las hemorragias que se producen durante el primer trimestre de la gestación, es decir, durante los tres primeros meses, las causas principales son:

El aborto, la amenaza de aborto, el embarazo ectópico y la enfermedad trofoblástica. Pueden existir otras causas distintas, como son lesiones a nivel de la vagina o a nivel del cuello

uterino que pueden dar manifestaciones hemorrágicas. En el tercer trimestre, es decir, en los tres últimos meses del embarazo, aunque habría que señalar que también pueden ocurrir antes, las principales causas de hemorragia son la placenta previa (esto quiere decir una placenta que se inserta sobre o muy cerca al cuello uterino), el desprendimiento prematuro de placenta (esto quiere decir que la placenta se desprende antes de su debido tiempo, que sería normalmente después del nacimiento del bebé) y lo que se denomina vasa previa (quiere decir que se rompen unos vasos del cordón que se sitúan por delante de la presentación fetal).

#### Hemorragia vaginal durante el embarazo

Es siempre motivo de consulta urgente con el obstetra y si no es posible ubicarlo, es conveniente asistir rápidamente a un centro médico especializado en obstetricia. Aun cuando la hemorragia sea pequeña, vale la pena consultar para saber el porqué de su aparición y eventualmente realizar, si es posible, algún tratamiento. Según el momento de aparición, podemos dividir las causas que provocan hemorragia en tres etapas, en el primer trimestre del embarazo, en el segundo y en el tercero.

#### Hemorragia vaginal del primer trimestre del embarazo

Durante el primer trimestre del embarazo las hemorragias pueden ser provocadas por las siguientes causas:

Implantación del embarazo: puede aparecer dentro de la semana 4 a 7, durante el proceso de implantación del embarazo, una pequeña pérdida amarronada o rosada sin estar acompañada de dolor cólico abdominal. Por lo general desaparece espontáneamente, pero conviene hacer una consulta médica para corroborar que sea esa la causa.

Los abortos espontáneos: el hecho de que experimente sangrado o hemorragias mientras está esperando un bebé no significa que esté sufriendo un aborto espontáneo, pero en algunos casos esto puede llegar a ocurrir. Cerca de la mitad de las mujeres que padecen hemorragias o sangrados no experimentan abortos espontáneos. Un aborto espontáneo puede suceder en cualquier momento durante la primera mitad del embarazo. La mayor parte de ellos ocurren durante las primeras 12 semanas del embarazo. Un aborto espontáneo ocurre en aproximadamente un 15 o un 20 por ciento de los embarazos. Si pensara que está perdiendo tejido fetal, debería concurrir al consultorio del profesional médico que la estuviera atendiendo para poder ser examinada apropiadamente lo antes posible. La mayor parte de los abortos espontáneos no pueden ser prevenidos ni evitados. Por lo general, son la forma

en la que el organismo enfrenta un embarazo que no es normal. No existen pruebas que demuestren que el ejercicio o las relaciones sexuales causen abortos espontáneos.

Cambios hormonales: los cambios hormonales es el momento en el que deberías estar menstruando, pueden también provocar pequeñas pérdidas por la vagina, a veces similares a la hemorragia menstrual.

Hematomas interdeciduotrofoblásticos: la formación de pequeños lagos sanguíneos entre la superficie del útero y el tejido propio del embarazo, denominados hematomas interdeciduotrofoblásticos, también pueden ser causa de hemorragia, en general sin acompañarse de dolores abdominales. En la mayoría de los casos se reabsorben y desaparecen espontáneamente.

Amenaza de aborto: menos frecuentes, pero mucho más importantes, son las hemorragias provocadas por la amenaza de aborto, donde generalmente la pérdida sanguínea es de mayor magnitud y está siempre asociada a dolores cólicos abdominales.

Embarazo ectópico: el embarazo ectópico, o fuera de su ubicación normal dentro del útero, se presenta con escasa pérdida sanguínea pero con dolor importante abdominal, mareos o desmayos y a veces dolores referidos a la zona del hombro

Enfermedad trofoblástica gestacional: la enfermedad trofoblástica gestacional (mola hidatiforme) es causa de hemorragia, asociada a mucha sintomatología digestiva como las náuseas y vómitos. En este caso, el huevo normal del embarazo está reemplazado por un tejido de crecimiento rápido parecido que ocupa todo el interior del útero. Como el común denominador de todos estos problemas es la hemorragia genital, es fundamental una consulta inmediata con el médico, quien deberá determinar cuál de ellos es el que está afectando al embarazo y obrar en consecuencia.

Toda aquella paciente que tenga una hemorragia en el primer trimestre debería acudir al ginecólogo para evaluar el estado de la gestación. Es imprescindible practicar un examen pélvico correcto y una ecografía que preferentemente debería realizarse por vía transvaginal. Esta técnica es muy útil para averiguar cuál es la causa del sangrado.

Hemorragia durante el segundo trimestre del embarazo

Durante el segundo trimestre del embarazo pueden existir causas por traumatismos en el cuello uterino u otras más preocupantes.

Traumatismos en el cuello uterino: en este período, la mayoría de las veces es debido a un traumatismo provocado en el cuello uterino, que está muy congestivo debido a su mayor irrigación sanguínea y muchas veces inflamado por la presencia de gérmenes vaginales, muy frecuente en esta etapa del embarazo. En especial después de una relación sexual puede aparecer una pequeña hemorragia que desaparece espontáneamente. Por la misma razón, después de un examen ginecológico, puede haber escasa hemorragia genital.

Placenta previa: existen otras causas que son más preocupantes como la placenta previa o de inserción baja, que provoca un sangrado más importante en magnitud, que puede estar asociado o no a contracciones dolorosas. Por lo general tiene la característica de repetirse en el transcurso del embarazo.

Ruptura uterina: se produce un desgarro en el útero intacto o por dehiscencia de una cicatriz.

Parto prematuro: el inicio de trabajo de parto prematuro también puede desencadenarse con un episodio de hemorragia genital, a veces es necesario internación hospitalaria para revertir el proceso.

Vasa previa: se rompen algunos vasos sanguíneos del cordón umbilical. No se presenta dolor.

Desprendimiento placentario: el desprendimiento placentario (abruptio placentario), es una grave complicación del embarazo y puede ser fatal para el bebé. Se caracteriza por fuertes dolores abdominales acompañado de hemorragia genital oscura en variada cantidad. Se debe a que un sector de la placenta se desprende de su sitio de inserción normal en el útero. Se asocia frecuentemente a hipertensión arterial previa o generada por el embarazo. Como en el primer trimestre del embarazo, la hemorragia es un síntoma de algún problema cuya gravedad puede ser mínima o corresponder a una urgencia extrema, según se ha descrito, en consecuencia la actitud que se debe tomar es la de alarma, consultando inmediatamente a un centro de emergencias obstétricas para que no surjan complicaciones importantes.

Hemorragia genital del tercer trimestre del embarazo

En esta etapa las causas son muy similares a las del segundo trimestre. A ellas pueden agregarse las siguientes:

Expulsión del tapón mucoso: la expulsión del tapón mucoso, que a veces precede al trabajo de parto puede producir hemorragia vaginal.

Dilatación del cuello uterino: la dilatación del cuello uterino durante el trabajo de parto que siempre está asociada a contracciones uterinas puede producir hemorragia vaginal.

En caso que una paciente manifieste un sangrado en el tercer trimestre de la gestación, debería acudir inmediatamente a un centro hospitalario para ser evaluada adecuadamente. En primer lugar, es necesario un examen físico, aunque no debe practicarse un tacto vaginal para examinar el cuello uterino. Una vez comprobada que la hemorragia procede de la cavidad uterina, debería practicarse inmediatamente una ecografía para determinar la localización de la placenta y si existe o no un desprendimiento placentario. Asimismo, y casi de manera simultánea, debería de realizarse un estudio del bienestar fetal, ya que puede existir un sufrimiento fetal que en ocasiones puede ser severo.

### **3.10 Aborto**

Es la muerte embrionaria o fetal no inducida o la salida de los productos de la concepción antes de las 20 semanas de gestación. La amenaza de aborto es el sangrado vaginal sin dilatación cervical que se presenta durante este marco de tiempo, e indica que puede producirse un aborto en una mujer con una gestación intrauterina viable confirmada. El diagnóstico se realiza por criterios clínicos y ecografía. En general, el tratamiento es la conducta expectante para la amenaza de aborto y, si se produce el aborto espontáneo o éste parece inevitable, la observación o la evacuación del útero.

Aborto espontáneo.

Se denomina aborto espontáneo a aquel tipo de aborto o interrupción del embarazo debido a causas naturales, no siendo voluntario ni provocado. Puede deberse a alteraciones cromosómicas del feto, enfermedades o malformaciones de la madre, infecciones (como en el aborto séptico). La aparición de este tipo de abortos suele ocurrir en las doce primeras semanas. Cuando se da de manera muy inicial de forma que aún no estamos ante un feto sino ante un embrión pueden no presentarse síntomas e incluso pasar desapercibido el hecho de haber quedado embarazada.

Aborto por infección o séptico.

Se trata de un subtipo de aborto en el que se genera una infección que afecta a placenta o feto y termina con la muerte del segundo. También se denomina así al resultado de un aborto en que el sistema reproductor femenino sufre una infección por la presencia de restos de un aborto o por lesiones derivadas de la realización de uno.

Aborto fallido o retenido.

Se trata de un tipo de aborto natural en el que por algún motivo el feto en gestación fallece naturalmente, pero permanece en el útero materno durante semanas sin ser expulsado por el cuerpo de la mujer. La gestante sigue creyendo estar embarazada y tiene los síntomas típicos, pero sin embargo el corazón del gestado ha dejado de latir. Únicamente es posible detectarlo mediante ecografía. Tras la detección, si el cuerpo no expulsado el feto o no lo hace por completo será necesario intervenir con fármacos o quirúrgicamente.

Aborto inducido.

Se trata del aborto provocado voluntariamente, es decir el resultado de aplicar determinados procedimientos de manera voluntaria para interrumpir la gestación. Dentro de éste pueden encontrarse otros como el terapéutico, los que son resultado de violación o los que se deciden libremente.

Aborto terapéutico.

Se denomina aborto terapéutico aquel que se realiza bajo el supuesto de que el embarazo supone un riesgo para la salud e incluso la supervivencia de la madre. También se denominan del mismo modo aquellos abortos que se practican ante la presencia de alteraciones o enfermedades graves del feto que imposibilitan su supervivencia o su desarrollo normativo.

Aborto legal.

En referencia a los abortos voluntarios, se considera aborto legal aquel que puede realizarse según la legislación vigente. Si bien originalmente sólo podía abortarse de manera legal en los casos de violación, malformaciones severas o riesgo para la vida de la embarazada, en la actualidad en muchos países puede abortarse legalmente sin necesidad de que se cumplan estos supuestos (si bien dentro de un marco temporal específico que varía según la región).

Aborto ilegal.

Se trata del conjunto de abortos que se llevan a cabo al margen de la ley, en la clandestinidad. Este tipo de aborto supone además de un delito un grave riesgo para la salud de la embarazada, debido a que no se cuenta con ninguna garantía respecto al procedimiento y condiciones de la intervención a llevar a cabo.

Aborto precoz.

Se refiere a aquella interrupción del embarazo que se produce antes de las doce semanas.

Aborto tardío.

Aquel aborto en el que la interrupción se produce después de las doce semanas de gestación.

Aborto por medios mecánicos/quirúrgicos.

Se refiere al tipo de aborto inducido en que el método de interrupción es mecánico, removiendo al feto a través de procedimientos como la aspiración, el raspado o la inyección de sustancias que generan quemaduras al feto y le provocan la muerte.

Aborto químico o farmacológico.

El aborto químico es el tipo de aborto inducido en él se le suministra a la gestante determinados medicamentos con tal de finalizar la gestación. Suele considerarse más seguro que el quirúrgico.

Aborto completo.

Se entiende como tal aquel aborto en el que se expulsan o son retirados la totalidad de restos biológicos del feto y placenta.

Aborto incompleto

En el aborto incompleto parte del feto o de los productos de la gestación permanecen dentro del útero, quedando restos en el interior. Puede ser inducido o natural (en este último suele ser más frecuente cuanto más avanzada está la gestación antes de su interrupción).

## **4. Embarazo.**

### **4.1 Encuentro de espermatozoide y ovulo.**

#### La Fecundación

La fecundación es el proceso por medio del cual un ovocito u óvulo y un espermatozoide se unen dando lugar a un cigoto o embrión. Dicha unión tiene lugar en las trompas de Falopio de la mujer, y para que se lleve a cabo es indispensable que la producción de gametos (ovocitos y espermatozoides) sea correcta, que las trompas de Falopio y el útero se encuentren en buen estado y que el coito se realice en el momento adecuado.

Durante el coito, los espermatozoides liberados en el interior de la vagina deberán pasar por el cuello del útero, atravesarlo, y subir por la trompa de Falopio hasta encontrarse con el ovocito. A lo largo de todo el trayecto se pierde un gran número de espermatozoides, llegando al ovocito únicamente algunas decenas (menos del 1% del total).

Cuando un espermatozoide consigue penetrar el ovocito, se produce de inmediato un bloqueo que impide que puedan entrar otros. A partir de ese momento, el ovocito fecundado sufrirá una serie de cambios que tienen como finalidad la creación y el desarrollo de un embrión.

A medida que se van produciendo las primeras divisiones embrionarias, el embrión desciende por la trompa hacia la cavidad uterina, llega al útero aproximadamente al cuarto-quinto día de haber sido fecundado, y entre el sexto y el 14<sup>o</sup> día se produce su nidación o implantación. Los cambios hormonales que se originan como consecuencia del embarazo impedirán que se presente una nueva menstruación.

### **4.2 Viaje hasta el útero.**

1. El despertar. Los espermatozoides nacen en los túbulos seminíferos que albergan los testículos. Recién nacidos, se mudan al lumen, soportados por las células de Sertoli, que los alimentan y protegen de agentes externos.

2. Camino a la madurez. Salen de las células de Sertoli y llegan al epidídimo, un tubo de unos seis metros enrollado en forma de espiral, donde madurarán. Algunos de los anticonceptivos en los que se está trabajando interfieren en este proceso.

3. En la línea de salida. Cuando el hombre va a eyacular, el esperma se agolpa en los conductos deferentes, tubos angostos de unos 6 a 7 m que recorren en dos segundos. Un viaje a toda velocidad, a ciegas, y que supondrá la muerte para el 99%.

4. Primer ataque. Una vez en la vagina, su primer objetivo es llegar al cuello del útero. En el camino, son atacados por un ácido generado por el sistema inmunitario femenino que se está intentando simular artificialmente como anticonceptivo.

5. La hora de la verdad. Los que alcancen el cuello del útero descansarán y se alimentarán durante horas, e incluso días, a la espera del ovocito. Cuando la mujer ovula, envía mensajes que ponen en movimiento a los espermatozoides.

6. Fecundar o morir. En su fase final, los que quedan se despojan de varias capas de proteínas para afrontar la carrera final. Así, llegan a la capa externa del óvulo y trepan buscando la entrada. Solo uno conseguirá alcanzar la meta. El resto morirá.

### **4.3 La herencia al hijo.**

La herencia genética son las características fisiológicas, morfológicas o bioquímicas que los padres transmiten a los hijos en el proceso de fecundación y gestación del embrión. Este material genético contiene la información básica de cómo será el niño: su color de ojos, de pelo, capacidades físicas, enfermedades de nacimiento e incluso comportamiento.

ADN combinado de los progenitores

Una persona recibe material genético de su madre y de su padre. Este material se organiza en genes, un segmento del ADN que tiene la información de la característica o función que te representa, como el color de pelo, la predisposición al estrés o la probabilidad de ser miope, entre otras cosas.

De cada gen hay dos copias, también llamadas alelos, una procedente de cada progenitor. En el caso de que estos alelos tengan algún error o mutación genética, los padres pueden transmitirles a los hijos enfermedades genéticas que pueden desarrollarse o no, dependiendo de diversos factores o condicionantes.

Existen varios tipos o patrones de herencia genética: autosómica dominante, en la que un alelo domina sobre el otro y, de estar mutado, hay un 50% de posibilidades de que la enfermedad se transmita a la descendencia; autosómica recesiva, en la que el alelo normal domina sobre el mutado y, en caso de que los progenitores sean ambos portadores de la mutación, los hijos tienen un 50% de posibilidades de ser también portadores y un 25% de padecer la enfermedad; y la herencia ligada al cromosoma X, que puede ser dominante o recesiva y en la que la mutación se encuentra en dicho cromosoma.

#### **4.4 Primeros signos de embarazo.**

Antes de la primera falta y antes de realizarte una prueba de embarazo, es posible que detectes algunos cambios en tu cuerpo que te lo hagan notar antes de la confirmación "oficial": son los primeros signos de embarazo. No significa que si los presentamos todos o algunos quiera decir que vaya a confirmarse después que estamos embarazadas, pero sí son muy útiles para saber reconocerlos.

Signos:

##### **Cansancio**

La somnolencia y la fatiga son un buen indicador. El cuerpo se prepara y empieza a cambiar rápidamente para poder alimentar al bebé que empieza a crecer dentro de él. Nosotras lo percibimos en una sensación de cansancio anormal, no el que sentimos cada día al volver del trabajo, sino algo exagerado, con sueño y falta de energía. Comer carbohidratos suele ayudar a remontar ese cansancio.

##### **Náuseas**

La sensación de náuseas puede aparecer incluso antes de la primera falta. Pueden presentarse con vómitos, pero también simplemente con una sensibilidad especial a sabores y olores que antes no nos molestaban, salivación y una sensación de náusea que puede presentarse por la mañana o a cualquier hora del día.

##### **Alta temperatura basal**

Este signo es solamente válido para las mujeres que habitualmente hacen un seguimiento de su temperatura basal. Esta sube en el momento de la ovulación y baja posteriormente, si no hay fertilización, por lo que si detectamos que el pico se mantiene podemos tener un signo de embarazo en sus primeros momentos bastante confiable en términos generales.

##### **Cambios en el pecho**

Al producirse el embarazo el cuerpo de la mujer comienza a producir hormonas y esto puede reflejarse en cambios en los senos. Aumentan de tamaño, se presentan hinchados y tan sensibles que pueden doler. Asimismo es posible que la aureola crezca y se oscurezca de manera muy temprana.

## Sangrado de implantación

Una cuarta parte de las mujeres detectan un sangrado leve en el momento de la implantación. Concordará aproximadamente con la fecha esperada para la menstruación, pero si observamos con detenimiento en la mayoría de los casos la confusión puede evitarse.

La mujer puede sentir su cuerpo y observar el manchado, percibiendo si es como su menstruación habitual o es más leve, oscura o corta. Suele haber síntomas diferentes, aunque en ambos casos exista un sangrado. En la implantación el huevo se instala en el útero y eso puede producir un pequeño sangrado, pero no suele ser como una regla habitual, ni en su cantidad ni en su aspecto.

### **4.5 Primeros síntomas de embarazo.**

Son los primeros en aparecer. Los llamados signos de presunción de embarazo son las primeras sospechas que alertan a la mujer de que puede estar embarazada. Se trata de cambios físicos muy comunes en todas las personas y a veces el embarazo no es ni siquiera la causa más probable. Suelen darse en la primera semana del embarazo, que suele coincidir con la tercera a partir de la fecha de la última regla. Para que no te queden dudas, reunimos los primeros síntomas del embarazo:

Falta de la menstruación (casi siempre).

En las mujeres con ciclos regulares sugiere un embarazo si la regla se retrasa alrededor de una semana.

Es más difícil de detectar si la mujer tiene ciclos menstruales irregulares; incluso en mujeres con ciclos regulares, en ocasiones la menstruación puede retrasarse o no presentarse un mes, normalmente después de un viaje, un choque emocional, una enfermedad.

Náuseas y vómitos: más por la mañana

El malestar digestivo es uno de los primeros síntomas del embarazo muy común y aparece principalmente por la mañana al despertarse o después de desayunar, pero pueden sucederse durante todo el día.

Las náuseas y vómitos aparecen días después de la implantación del ovocito en el útero, debido a la alteración hormonal que provoca éste. Para aliviar estos síntomas es mejor comer poco y a menudo, de manera que el estómago esté siempre ocupado, pero nunca saturado.

Dolores premenstruales.

Es frecuente que las mujeres recién embarazadas tengan síntomas parecidos a la menstruación.

El más típico es un dolor similar al premenstrual, es decir, localizado en la parte baja del abdomen, continuo y sordo, que se puede aliviar con el calor en la zona y tomando analgésicos.

Ocurre normalmente durante las primeras semanas de embarazo, incluso antes de que la madre conozca su estado, por lo que lo interpreta como que la menstruación está por llegar.

No hay que confundirlo con otros dolores abdominales que pueden surgir en el embarazo más avanzado.

El dolor en los pechos y los cambios mamarios también son característicos de los primeros compases del embarazo.

Mayor frecuencia de orinar:

En las primeras semanas de embarazo, el útero comienza a crecer, redondeándose. De esta forma, el útero comprime la vejiga e impide que pueda llenarse completamente de orina; es otro signo de embarazo. La sensación de ganas de orinar aparecerá mucho antes. Durante este período es importante que la madre aumente su higiene íntima para evitar posibles infecciones de orina. Pasadas las primeras semanas, el útero crece hacia arriba, ocupando el resto de la pelvis y liberando la vejiga. Durante los últimos meses de embarazo las ganas de orinar volverán con más frecuencia.

Cansancio y sueño:

Pueden ser unos de los primeros signos de embarazo de la madre. En las primeras semanas de embarazo la madre puede sentirse muy cansada y con ganas de dormir a lo largo del día. En estos casos lo mejor descansar siempre que sea posible. Este estado suele remitir a las pocas semanas pero a veces persiste una sensación continua durante todo el embarazo; en este caso el médico debe descartar la existencia de una anemia o de hipersomnia (sueño o somnolencia excesivos en horas diurnos).

Cambian los olores y sabores:

Los cambios hormonales que surgen en el cuerpo de la mujer embarazada pueden alterar las percepciones del gusto y olfato. Es normal que la mujer embarazada se antoje de ciertos

alimentos que habitualmente no come o, por el contrario, rechace otros, ya que la percepción los mismos es más intensa. Lo mejor es que la mujer satisfaga sus gustos sin abandonar una dieta equilibrada en la gestación.

Síntomas del embarazo, mareos y desmayos repentinos:

Los cambios hormonales del embarazo producen que los órganos de nuestro cuerpo se alteren, entre ellos el corazón y el cerebro, que son los principales responsables de los mareos y desmayos. Los estrógenos y progesterona hacen que el flujo de sangre sea más lento y aumente hacia el útero con lo que es más fácil que se produzcan síncope, es decir, que no llegue suficiente sangre al cerebro durante unos instantes y la madre se sienta mareada o caiga al suelo.

La madre suele recuperarse rápidamente y sin mayores complicaciones. Para prevenir los desmayos lo mejor es sentarse con los pies en alto cuando se sienta mareada.

#### **4.6 Cambios internos de la mujer durante el embarazo.**

Cambios metabólicos durante el embarazo

Por una parte, en el primer trimestre aparecen las náuseas y los vómitos, en especial por la mañana porque durante el embarazo se segregan muchos estrógenos y hormona gonadotrofina que los causan. Por otra, puede aparecer reflujo o empezar a sufrir digestiones pesadas ya que se produce menos ácido clorhídrico y pepsina. Durante el embarazo, además, las mujeres se vuelven más resistentes a la insulina por lo que puede aparecer diabetes gestacional. La retención de líquidos también es muy común en el embarazo.

Cambios internos durante el embarazo

El útero empieza a expandirse en el segundo mes de embarazo. En el tercer mes de embarazo, puede palpase por encima del pubis, en el cuarto, por debajo del ombligo y en el quinto ya ha llegado al ombligo hasta sobrepasarlo en el sexto mes, mismo mes en que pueden empezar a sentirse las patadas del bebé.

En el séptimo mes, en útero es ya tan grande que el útero desplaza al estómago y el intestino. En el octavo mes, ya encarando la recta final del embarazo, el útero ha desplazado los pulmones hacia arriba, por lo que es posible que te cueste respirar o te canses antes. Por último, en el último mes el útero está a la altura de las costillas, a unos 40 centímetros del pubis. En este momento, cuando el embarazo ha llegado a término, se produce el borrado o acortamiento del cuello del útero y la dilatación del canal del parto.

#### **4.7 Cambios externos de la mujer durante el embarazo.**

Cuando pensamos en una mujer embarazada, pensamos sobre todo en su abdomen. El abultamiento de la barriga es lo más característico del embarazo, pero otras partes del cuerpo sufren cambios.

**Pecho.** Los senos se preparan para para la lactancia. Aumenta el tamaño, se vuelve más sensible y las aureolas se oscurecen. A partir del sexto mes, el pecho empieza a producir prolactina, la hormona que prepara los pechos para amamantar así que no sería raro tener pequeñas pérdidas de leche durante el embarazo. De la misma manera, las venas superficiales serán más visibles y azuladas por el aumento del flujo sanguíneo.

**Abdomen.** A partir del cuarto mes en mamás primerizas y un poco antes en aquellas que ya han estado embarazadas, la barriga empieza a notarse de manera redondeada.

Las caderas también se ensanchan para favorecer el parto vaginal ya que la pelvis se adquiere mayor movilidad y se separa unos milímetros.

**Dientes.** Las hormonas, los vómitos matutinos y los nuevos hábitos de alimentación provocan que las encías se hinchen, sangren y se enrojecen por una parte y que las caries aparezcan con más frecuencia. Pon más atención a tu higiene bucal y visita al dentista.

**Piel.** Por una parte, la piel de la barriga debe estirarse mucho así que es posible que salgan estrías en abdomen, muslos y pecho, para ello deberás hidratarla mucho. Una piel hidratada es más elástica y podrás evitar o disminuir la aparición de estrías.

**Cabello.** Te ves un cabello estupendo, grueso, brillante. En este caso, la revolución hormonal lo que hace es que la fase de descanso del cabello sea más larga y se pierdan menos pelos al día. Según la persona, puede cambiar la textura y el cabello rizado puede volverse más lacio. Eso sí, una vez hayas dado a luz, el pelo empezará a caerse rápidamente. Tranquila, es una fase temporal.

**Uñas.** Las uñas de la mayoría de mujeres embarazadas se vuelven más duras y crecen más rápidamente, aunque las de algunas pueden volverse más débiles y quebradizas. Procura hidratarlas y mimarlas.

**Vista.** Durante el embarazo, es posible que aparezca fatiga visual, sequedad ocular, sensibilidad a la luz o que la miopía y/o el astigmatismo (si lo sufres) se agrave. Estos

cambios vienen motivados por las hormonas y la retención de líquidos que puede causar que tanto el grosor como la curvatura de la córnea se incrementen.

#### **4.8 Cambios emocionales de la futura madre.**

Con motivo de su embarazo, algunas mujeres presentan situaciones de cambios de humor bruscos pasando de la euforia a la tristeza. En esta etapa, los cambios físicos son muy evidentes, pero los psicológicos adquieren mucha importancia porque pueden afectar a ciertas situaciones familiares, sociales y laborales.

Afortunadamente, estos cambios emocionales en el embarazo están considerados normales y, lo mejor de todo, es que son temporales. En algunos casos, la personalidad de la mujer se transforma tanto, que algunas parejas creen que están conviviendo con otra persona. Conviene no dejarse llevar por este estado temporal y ayudar a la futura mamá a superar esta etapa de cambios emocionales.

Los cambios emocionales en el embarazo, que viven las mujeres embarazadas, tienen una base hormonal. Se deben fundamentalmente a que los neurotransmisores del cerebro están alterados debido a que no reciben los mismos niveles hormonales de siempre. Los niveles de progesterona y estrógenos se duplican y, por este motivo, la parte racional de la personalidad disminuye, a la vez que se refuerza la parte emocional.

##### **Cambios emocionales por trimestres**

Primer trimestre. Durante los tres primeros meses de embarazo, la futura mamá puede vivir momentos de una gran fluctuación emocional. Estos cambios son más habituales entre la sexta y la décima semana. Es habitual experimentar ansiedad, ambivalencia y frecuentes cambios de humor. Aceptar la nueva situación lleva su tiempo y son frecuentes los temores sobre la capacidad de saber afrontar la nueva situación.

La mujer más segura puede volverse frágil y experimentar cambios de humor bruscos que van de la risa al llanto, de la euforia a la tristeza o de la alegría al mal humor. Son más frecuentes en las mujeres que manifiestan síntomas físicos importantes debido a su embarazo como vómitos y náuseas matinales, mal estar general, mareos e indisposición digestiva. La apetencia sexual también suele disminuir debido al cansancio, a las molestias físicas y al miedo a dañar al feto. La comprensión de la pareja es fundamental para sobrellevar todos estos cambios que produce la gestación.

Segundo trimestre. Se caracteriza por ser un periodo de tranquilidad emocional debido a que los cambios hormonales se han estabilizado y la futura mamá ha tenido tiempo de adaptarse

psicológicamente a la gestación. Esta adaptación repercute positivamente en la aceptación de los cambios que repercuten en su actividad habitual, dado que su orden de prioridades ha cambiado. Las molestias físicas del primer trimestre han desaparecido y la futura mamá puede experimentar de nuevo un mayor deseo sexual favorecido por un aumento de la sensibilidad.

Tercer trimestre. Vuelven las dificultades anímicas debido a que el volumen de la barriga dificulta el bienestar de la futura mamá. Como consecuencia aparece la dificultad para dormir, la micción frecuente, los dolores de espalda y el cansancio, entre otras molestias, que no ayudan al bienestar emocional. Por otra parte, en el tercer trimestre el tiempo pasa lento, aumenta la ansiedad por conocer al bebé, el miedo al parto y la inseguridad ante la crianza. Y, además, aparece el síndrome del nido con el que verá incrementada la necesidad de hacer cambios en casa y dejarlo todo limpio y preparado para la llegada del bebé.

Estados emocionales que provoca el embarazo

Euforia y tristeza. Tener un hijo es lo que estabas buscando y sientes que estás en una nube, incluso algo excitada. Las felicitaciones de los demás te colman de felicidad, pero cuando tienes que lidiar sola con el malestar físico, el mundo se derrumba a tus pies.

De la risa al llanto. Es inútil que te preguntes por qué te ha entrado la risa floja o por qué estás llorando, ni tú misma lo sabes. Los altibajos hormonales que sufren tus neurotransmisores son los responsables y no hace falta que lo pienses mucho.

Miedo y ansiedad. Seguro que tienes una lista de preguntas interminables sin contestar en relación a tus síntomas, al parto y a la lactancia. El miedo a lo desconocido y la ansiedad que genera no saber si todo va a salir bien o no es normal en todo este proceso.

Despistes y olvidos. No saber dónde tenemos la cabeza porque se nos olvida el lugar donde hemos puesto las llaves o el coche es habitual. Un consejo: tómatelo con buen humor y no le des mucha importancia.

## **5. Embarazo mes a mes.**

### **5.1 Primer mes de embarazo.**

Durante la ovulación que ocurre durante la mitad del ciclo menstrual. Eso significa que uno de los óvulos saldrá de la bolsita microscópica, o folículo, que está en el ovario, e irá a parar a la trompa de Falopio. La trompa de Falopio une los ovarios con el útero o matriz. Entre las 12 y las 24 horas siguientes ese óvulo puede ser fertilizado, pero para ello, uno de entre los aproximadamente 250 millones de espermatozoides que eyacula la pareja, tendrá que llegar hasta el óvulo. Para llegar tiene que nadar desde la vagina, pasando por el útero, hasta la trompa de Falopio. Se trata de un viaje tan largo y duro para ellos (tienen que nadar durante 10 horas), que sólo alrededor de 400 sobreviven. De estos, solamente uno puede atravesar la membrana exterior del óvulo (el ganador tarda 20 minutos en poder entrar).

A lo largo de las 10 a 30 horas siguientes, el núcleo del espermatozoide se funde con el del óvulo para combinar el material genético que trae cada uno. Si el espermatozoide que ganó la carrera lleva el cromosoma Y, el bebé será un niño; y si lleva el X, será una niña. El óvulo fecundado emprende ahora otro viaje: tiene que ir desde la trompa de Falopio hasta el útero, donde se "enterrará" o implantará en la pared. Un día o dos después de haber entrado en el útero empieza a enterrarse en la mullida pared de la matriz, sin dejar de crecer y transformarse.

En este momento tu bebé es sólo una minúscula bolita de células que se conoce como "blastocito". El blastocito está dividido en tres partes: tiene un grupo de células en el interior, que son las que crecerán para convertirse en un bebé; un huequito lleno de líquido que se transformará en el saco amniótico, y otro grupo de células en el exterior que será la placenta. La placenta es un órgano con forma de panqueque por medio del cual el bebé recibirá el oxígeno y los nutrientes que entren en tu sangre. A través de la placenta, también se eliminarán los productos de desecho.

#### **Cambios en tu cuerpo**

Para poder quedar embarazada muchas cosas tienen que coincidir y, por eso, sincronizarlo todo es lo más importante. Si se quiere mejorar las posibilidades de concebir, se debe de preparar la pareja para tener relaciones sexuales en el periodo que va entre las 72 horas antes de la ovulación y las 24 horas después. Se trata de hacer coincidir la vida del espermatozoide, que dura hasta 72 horas, con la vida del óvulo, que sólo sobrevive 24 horas después de la ovulación.

Primer mes de embarazo.

Semana 1 de embarazo. Esta primera semana corresponde, en realidad, al periodo menstrual, ya que la fecha del parto se calcula desde el primer día de la última menstruación.

Semana 2 de embarazo. La placenta, el órgano que nutrirá al bebé en los próximos meses, comienza a formarse durante esta segunda semana.

Semana 3 de embarazo. En el embrión empiezan a formarse ciertos órganos, como el corazón, que a los 22 días de embarazo entra en funcionamiento.

Semana 4 de embarazo. Esta semana es especialmente sensible, ya que se están desarrollando los órganos del futuro bebé y cualquier elemento medioambiental puede alterar la salud del embrión.

Abarca desde la semana 0 hasta la semana 6. No porque el primer mes tenga 6 semanas, sino porque la fecundación, es decir la unión de un óvulo y un espermatozoide, se produce, cuando hablamos de períodos regulares, en la segunda semana.

Un embarazo consta de 40 semanas que se cuentan a partir del primer día de la última regla. Es decir, que si la ovulación y fecundación se producen a la mitad del ciclo de la mujer (un ciclo=4 semanas, la mitad del ciclo= 2 semanas), la gestación comienza a partir de de la segunda semana. Cuarenta semanas de embarazo son 38 semanas de gestación. Para obtener la fecha probable de parto se toma la fecha de la última menstruación y se le suman 9 meses + una semana.

Desarrollo del bebé.

El bebé es una bolita (llamada blastocisto) con varios cientos de células que se están dividiendo sin parar. La parte de esa bolita que se convertirá en la placenta ha empezado a producir una hormona que se conoce como la hormona del embarazo o GCH (Gonadotropina Coriónica Humana). La hormona GCH le manda un mensaje a los ovarios para que dejen de crear óvulos. Esta hormona también hace que aumente la producción de dos hormonas muy importantes durante el embarazo: los estrógenos y la progesterona.

Estas hormonas hacen que el útero conserve el recubrimiento que tiene en las paredes para evitar que se caiga su pequeño inquilino, y además estimulan el crecimiento de la placenta. Al tiempo que ocurre todo esto, el líquido amniótico está empezando a aumentar dentro de la bolita de células, en el lugar que más adelante se convertirá en el saco amniótico. Este líquido protegerá al bebé durante las semanas y meses que se aproximan. Por el momento, el bebé está recibiendo oxígeno y nutrientes (y eliminando desechos) a través de un minúsculo sistema de circulación.

Este consiste de túneles microscópicos que conectan a tu bebé en desarrollo con las venitas que hay en la pared del útero. Para el final de la próxima semana, la placenta habrá crecido lo suficiente como para poder hacer este trabajo por sí sola.

## **5.2 Segundo mes de embarazo.**

El desarrollo del embrión en el segundo mes de embarazo: semanas 7 a 10. A lo largo del segundo mes de embarazo comienzan a formarse los órganos principales del feto. El rostro, con la aparición de los ojos y un esbozo de las orejas, se va perfilando.

Semana 7. El bebé ya se le empieza a distinguir sus manos y sus pies, aunque parecen minúsculas patitas de pato, porque tienen una membrana entre los dedos. Esta semana ya tiene el tamaño de un garbanzo. Se le pueden ver más claramente los rasgos del rostro: ya tiene párpados, los ojos han adquirido un poco de color, y está empezando a asomar la nariz. Se le transparentan las venas detrás de la piel, que es fina como un pergamino. En el cerebro de tu bebé están creciendo los dos hemisferios, y su hígado está produciendo glóbulos rojos, hasta que se forme la médula ósea, que se encargará de este trabajo. También tiene ya el apéndice y el páncreas, que en el futuro producirá la hormona insulina, que ayuda con la digestión.

Semana 8. Esta semana los dedos de las manos y los pies del bebé ya empiezan a notarse, los párpados casi le cubren los ojos, desde su garganta se extienden los tubos respiratorios hasta sus pulmones en desarrollo, y su "colita" embriónica está empezando a desaparecer. El bebé ya tiene el tamaño de un frijol (alubia). Y parece un frijolito saltarín porque no para de moverse, dar vueltas y cambiar de posición, aunque todavía es pronto para que percibir toda esta actividad. En su cerebro, las células nerviosas están alargándose y conectando unas con otras, para formar unos canales neurales primitivos. Ya se le han formado las articulaciones de los codos y de las rodillas y puede doblar sus extremidades.

Semana 9.

Esta semana tu bebé tiene el tamaño de una uva. ¡Ya mide casi 2.5 centímetros (1 pulgada)! Hay muchos cambios esta semana: Su corazón, ese corazoncito que ya puedes oír en los ultrasonidos, ha acabado de dividirse en cuatro cámaras y las válvulas se están formando.

La colita embrionica que tenía al final de su columna vertebral ha desaparecido. Sus órganos sexuales ya se han desarrollado, pero todavía no se puede distinguir bien si será una niña o un varón. Sus orejas ya están formadas por fuera y al final de esta semana, también estarán formadas por dentro. Sus ojos están completamente formados, aunque aún tiene los párpados fusionados y no los abrirá hasta las 27 semanas. Tiene unos lóbulos diminutos en las orejas y se pueden distinguir mejor su boca, ojos y los agujeros de su nariz. La placenta ya está más desarrollada y puede empezar a producir hormonas.

Semana 10.

El bebé ha entrado oficialmente en el periodo fetal. Esto quiere decir que la parte más difícil de su desarrollo, que era crear todos los órganos básicos, ya ha finalizado. Tiene el tamaño de una aceituna (oliva) y mide un poquito más de 2.5 centímetros (un poco más de 1 pulgada) y en las tres próximas semanas va a duplicar su longitud. Aunque sea pequeño, es muy activo y está tragando líquido y moviendo sus extremidades.

Sus órganos vitales, incluyendo los riñones, intestinos, cerebro e hígado, ya están en su lugar y empezando a funcionar, aunque seguirán desarrollándose a lo largo de todo el embarazo. Puede verse claramente la silueta de la columna vertebral a través de su piel translúcida y los nervios están empezando a extenderse desde su médula espinal. Se le ha abultado la frente porque su cerebro, que ahora se encuentra en la parte superior de la cabeza, se está desarrollando rápidamente. La cabeza sigue siendo grande, mide alrededor de la mitad de la longitud total de su cuerpo.

### **5.3 Tercer mes de embarazo.**

El embrión se convierte en feto después de 10 semanas. Tiene de 1 a 1.5 pulgadas (21 a 40 mm) de largo. La cola desaparece. Se alargan los dedos de las manos y de los pies. El cordón umbilical conecta el abdomen del feto a la placenta. La placenta está adherida a la pared del útero y absorbe nutrientes del torrente sanguíneo.

¿Qué sucede durante las semanas 11 y 12?

El feto ahora se mide desde la parte superior de la cabeza hasta las nalgas. Esto se denomina longitud cráneo-caudal (LCC). El feto tiene una longitud cráneo-caudal de 2 a 3 pulgadas (6 a 7.5 cm). Los dedos de las manos y de los pies ya no están conectados por membranas. Los huesos comienzan a endurecerse. Empiezan a crecer la piel y las uñas. Los cambios que provocan las hormonas hacen que comiencen a aparecer los órganos sexuales externos, femeninos o masculinos. El feto comienza a realizar movimientos

espontáneos. Los riñones empiezan a producir orina. Aparecen las primeras glándulas sudoríparas. Los párpados están pegados.

#### **5.4 Cuarto mes de embarazo.**

El 2.º Trimestre comienza durante el 4.º Mes de embarazo, a partir de la semana 14.

¿Qué sucede durante las semanas 13 y 14?

El feto tiene una longitud cráneo-caudal de unas 3 pulgadas (8 cm). A veces, ya se puede ver el sexo biológico del feto mirando los órganos externos en un ultrasonido. Comienza a crecer el cabello. En los fetos de sexo biológico masculino, comienza a desarrollarse la próstata. En los fetos de sexo biológico femenino, los ovarios empiezan a bajar del abdomen al área pélvica. Ya está formado el paladar.

¿Qué sucede durante las semanas 15 y 16?

El feto tiene una longitud cráneo-caudal de unas 4.5 pulgadas (12 cm). En los fetos de sexo biológico femenino, se forman cientos de miles de óvulos en los ovarios. Esta semana ya tiene el tamaño de una manzana y mide unos 10 centímetros (alrededor de 4 pulgadas). Sus brazos y piernas han crecido más, y puede mover las articulaciones. Por el momento tiene todavía los ojitos cerrados, pero puede notar la claridad. Si se tiene una cita para un ultrasonido en las próximas semanas (generalmente se hace una ecografía entre las semanas 16 y 20), ¡puede que ya se le informe a la usuaria si espera un niño o una niña!

#### **5.5 Quinto mes de embarazo.**

El quinto mes de embarazo comprende desde la semana 17 a la 20 y forma parte del segundo trimestre de gestación.

Semana 17.

Esta semana el bebé tiene el tamaño de un nabo pequeño. Ya mide casi 13 centímetros (5 pulgadas) y el cordón umbilical, por donde come y respira, está cada día más grueso y más fuerte. Una sustancia protectora llamada mielina está empezando a envolver su médula espinal. Ahora ya puede mover las articulaciones, y los huesos de su esqueleto, que hasta el momento eran muy blanditos, están empezando a endurecerse.

Semana 18.

En esta semana se mueve mucho, está casi constantemente flexionando los brazos y las piernitas, y es posible que notar todos esos movimientos a menudo. Desde su cabecita hasta

su colita, tu bebé esta semana tiene el tamaño de un pimiento (chile). Esto equivale más o menos a 14 centímetros (unas 5.5 pulgadas). Su pecho se mueve hacia arriba y hacia abajo, imitando los movimientos de la respiración. Sus vasos sanguíneos son visibles a través de su delgada piel, y sus orejas ya están en la posición final, aunque aún sobresalen en exceso de su cabeza.

#### Semana 19.

Esta semana la parte superior del útero ya llega hasta el ombligo y crecerá alrededor de un centímetro por semana. Desde la semana pasada ha crecido 1.2 centímetros y ya mide un poquito más de 15 centímetros (6 pulgadas). El bebé tiene el tamaño de un tomate grande. Sus brazos y piernas ya están proporcionados con el resto del cuerpo y le está creciendo cabello en la cabecita. Traga líquido amniótico y sus riñones continúan produciendo orina. El desarrollo de sus sentidos está avanzando muy deprisa. Su cerebro está designando áreas especializadas para el olor, el gusto, la audición, la visión y el tacto. Se ha comprobado que cuando una mamá embarazada habla, el corazoncito del bebé late más despacio porque se relaja. Y también puede conocer la voz del papá.

#### Semana 20.

Esta semana es la mitad del embarazo y el bebé está bien grandecito! Mide unos 25.4 centímetros (10 pulgadas). Es tan largo como un plátano (banana). Pero no significa que creció exageradamente solamente, es que ahora se mide desde su cabecita, hasta los deditos de los pies. En las anteriores semanas se medía desde la cabeza hasta la colita. Esto es porque antes tenía las piernas muy pegadas al cuerpo y era difícil medirlo desde la cabeza a los pies.

El bebé está ahora recubierto de una sustancia blanca y un poco grasa que se llama "vernix caseosa". Esta sustancia protege su piel mientras esté flotando en el líquido amniótico. Además, ayuda a que el bebé pase con más facilidad por el canal vaginal durante el nacimiento. Ahora traga más líquido amniótico cada día, y eso es muy bueno para su sistema digestivo porque tragar le ayuda a practicar para cuando coma de verdad. En estas semanas también está produciendo en su pancita una sustancia que se llama meconio. El meconio es negro, o verde muy oscuro, es muy pegajoso y está hecho de todas las células muertas, secreciones del estómago y líquido amniótico.

## 5.6 Sexto mes de embarazo.

Este mes comprende las semanas 21 a 26 de gestación y supone el final del segundo trimestre que suele ser, como dijimos anteriormente, el más cómodo para la futura mamá. Los cambios se siguen sucediendo tanto para ella como para el bebé.

### Semana 21.

Ha crecido 1.2 centímetros desde la semana pasada. Ahora mide casi 27 centímetros desde la cabecita hasta los pies (10.5 pulgadas). Tiene la longitud de una zanahoria y ¡ya pesa unos 330 gramos (0.7 libras)!. Si el bebé es una niña, ya tiene la vagina formada. Según algunos estudios, un feto se mueve más o menos 50 veces cada hora. Todos esos movimientos sirven para estimular su desarrollo físico y mental. Quizás durante el día no se perciban las pataditas, giros, estiramientos pero por la noche aumenta el movimiento.

### Semana 22.

El bebé esta semana se ve como un recién nacido, pero en miniatura. Sus labios, párpados y cejas ya están más definidos. Sus ojos ya se han formado, pero el iris todavía no tiene color. Dentro de las encías se están empezando a formar los dientes. Su primer dientecito no asomará hasta que no tenga entre 4 y 7 meses, ¡a menos que sea uno de esos casos excepcionales de bebés que nacen con dientes!

Ya está todo formadito, mide 27.5 centímetros (10.9 pulgadas) o el equivalente a un pepino. ¡Y pesa casi medio kilo! (cerca de 1 libra). La piel todavía se ve arrugada, pero a medida que vaya aumentando de peso las arrugas desaparecerán. Ahora se le puede ver un vellito muy fino que le recubre la piel, llamado lanugo. Dentro de su abdomen, su páncreas, que es esencial para la producción de hormonas muy importantes, se va formando poco a poco.

### Semana 23.

Esta Semana ahora mide alrededor de 28 centímetros (11 pulgadas). Ya pesa más de medio kilo (más de 1 libra), el equivalente a un mango grande. En esta semana seguramente él o ella ya podrá sentir tus movimientos. En esta etapa los bebés tienen un color sonrosado, sin importar cuál sea el color de su piel en el futuro, y están bastante arrugaditos.

La piel del bebe es todavía tan fina que las venas se le transparentan y le dan ese tono rosado. El verdadero tono de su piel se asentará a lo largo de su primer año de vida. Las venas que tiene en sus pulmones y que le ayudarán a respirar se están desarrollando, aunque todavía faltan unos meses para que los pulmones estén completamente formados.

Es por ello que los bebés prematuros (nacidos antes de las 37 semanas) a menudo tienen dificultad para respirar. Los bebés que nacen en esta semana, la 23 del embarazo, pueden sobrevivir con cuidados médicos intensivos, pero corren el riesgo de sufrir muchas complicaciones.

#### Semana 24.

Desde la semana pasada ha aumentado alrededor de 113 gramos (un cuarto de libra). Mide ya casi 30.5 centímetros (1 pie de largo) o el equivalente a un elote (mazorca de maíz) y está engordando de manera proporcionada. En estas semanas en las que ya tiene todo formado, el bebé está "perfeccionando" sus órganos como por ejemplo, el cerebro o los pulmones.

Además, cada día puede escuchar más cosas. Quizás te des cuenta de que se asusta si escucha un ruido muy fuerte porque hace un movimiento brusco. Después de que un bebé nace, los padres se suelen sorprender de lo poco que le afectan estos ruidos, pero si lo piensas... ¡ha pasado meses escuchándolos!

#### Semana 25.

Desde la cabecita hasta los pies, mide ahora unos 34 centímetros (alrededor de 13.5 pulgadas). Pesa unos 680 gramos (1.5 libras) o el equivalente a un nabo mediano (nabicol). Aunque no te parezca mucho peso, su cuerpo se ve ya más llenito, en vez de delgado y largo. A medida que vaya engordando, su piel tendrá menos arrugas. Cada día se parece más al recién nacido que conocerás en unas semanas. Su cabello ya tiene color y textura, aunque una vez que haya nacido, podría cambiar.

#### Semana 26.

Esta semana está un poco más gordito y pesa poco menos de 1 kilo (menos de 2 libras). Ya mide 35.5 centímetros (14 pulgadas), desde la cabecita hasta los talones. Es tan largo como una cebollita de cambray (cebollita). La red de nervios en las orejas de tu bebé se ha desarrollado más y es más sensible que antes.

Asimismo, ahora respira de vez en cuando un poquito de líquido amniótico, para practicar las primeras bocanadas de aire que tomará cuando nazca. El peso del bebé se triplicará desde ahora hasta que nazca, ya que en las próximas semanas irá acumulando grasa muy rápidamente. Necesita la grasa para poder ajustarse a la temperatura más fría que hay fuera de ese lugar tan calentito donde se encuentra ahora.

## 5.7 Séptimo mes de embarazo.

El desarrollo del feto en el séptimo mes de embarazo: semanas 27 a 30. A lo largo del séptimo mes de embarazo los huesos del feto comienzan a endurecerse y su piel se estira a la vez que adquiere un tono opaco.

### Semana 27.

Esta semana, pesa casi un kilo (unas 2 libras) y mide alrededor de 36.5 centímetros (14.4 pulgadas), desde su cabecita hasta los talones y tiene más o menos el tamaño de una coliflor. Tiene ya su horario regular de dormir y estar despierto, abre y cierra los ojitos, e incluso podría chuparse el dedo. Con el aumento del tejido cerebral, el cerebro de tu bebé ahora está muy activo. Y aunque sus pulmones todavía no están totalmente desarrollados, si naciera antes de tiempo, el bebé podría respirar con ayuda médica.

### Semana 28.

Esta semana mide un poco más de 37.5 centímetros (unas 14.8 pulgadas) desde la parte de arriba de la cabecita hasta los talones. Pesa alrededor de 1 kilo (un poco más de 2 libras) y tiene más o menos el tamaño de una berenjena. Está desarrollando billones de neuronas en su cerebro y continúa acumulando grasa a medida que se acerca la hora de salir al mundo.

Lo más emocionante de esta semana es que ya puede parpadear y sus ojos, ¡hasta tienen pestañas! Todavía no los abre para ver, es más bien un reflejo.

### Semana 29.

Durante esta semana pesa alrededor de un cuarto de kilo más de lo que pesaba la semana pasada (en total, 1.13 kilos o unas 2.5 libras). Mide 38 centímetros (15 pulgadas) desde la cabecita hasta los talones y es tan largo como un ramo de apio. Los músculos y pulmones siguen desarrollándose y la cabecita está creciendo para acomodar el cerebro, que cada día está más grande. Como está creciendo tanto, ahora es cuando más nutrición necesita.

Para una buena alimentación., necesitan las usuarias consumir por lo menos suficientes proteínas, vitamina C, ácido fólico, hierro, calcio y no olvidarnos del fosforo. Cada día se depositan en su esqueleto unos 250 miligramos de calcio, que van endureciendo sus huesos.

Consumo de leche o, si no le gusta la leche o es intolerante se recomienda, consumir otro alimento rico en calcio, como leche de soya, queso, yogur o jugo de naranja enriquecido con calcio, para ayudar al bebé en su desarrollo.

Semana 30.

Para esta semana el sistema digestivo y los pulmones de tu bebé ya casi están totalmente desarrollados. Pesa unos 1.4 kilos (casi 3 libras) y mide alrededor de 39 centímetros (un poco más de 15 pulgadas y media). Ahora tiene el tamaño de una col grande (repollo). Está flotando en casi medio litro de líquido amniótico, pero ese volumen disminuirá a medida que crezca y ocupe todo el útero.

### **5.8 Octavo mes de embarazo.**

El desarrollo del feto en el octavo mes de embarazo: semanas 31 a 34. Al finalizar el octavo mes de gestación, todos los órganos del feto están formados, exceptuando los pulmones.

Semana 31.

Esta semana mide más de 40.5 centímetros (unas 16 pulgadas). Dentro de poco va a dar otro "estirón". Pesa cerca de 1.5 kilos (algo más de 3 libras) o el equivalente a un coco. La grasa que ha estado acumulando en los últimos meses hace que sus bracitos y piernas se vean ya llenos y torneados. Ahora probablemente se está moviendo mucho y quizás despierte por la noche con sus movimientos. Todo este movimiento indica que está muy activo y saludable.

En esta etapa quizás ya se ha dado vuelta y se ha puesto cabeza abajo en tu útero, en la posición ideal para el parto. Algunos bebés lo hacen un poco más tarde, y otros se quedan sentados con la cabeza hacia arriba muchas semanas más, todavía tiene mucho tiempo para voltearse.

Semana 32.

El peso de la embarazada aumenta alrededor de 400 gramos por semana y la mitad de ese peso corresponde al bebé. De hecho, en las próximas 7 semanas aumentará entre una tercera parte y la mitad del peso que tendrá al nacer, porque necesita esa grasita para sobrevivir fuera del útero.

Esta semana mide alrededor de 43 centímetros (unas 17 pulgadas) y pesa unos 1.8 kilos (casi 4 libras) o el equivalente a una jícama grande (nabo mexicano). Sus uñitas ya están completamente formadas. Hay algunos bebés que en esta semana ya tienen cabello, pero otros sólo tienen un poquito de vello, como el que recubre un durazno (melocotón).

Su piel se está poniendo suave y lisa, ahora que está engordando más rápidamente. El bebé ocupa ahora todo el espacio que hay en el útero, pero eso no quiere decir que su nivel de actividad se haya reducido.

Semana 33.

Esta semana mide 43.6 centímetros (17.2 pulgadas) desde la cabecita hasta los talones. Ahora pesa casi 2 kilos (un poquito más de 4 libras) o el equivalente a una piña. Gracias al peso que ha subido en las últimas semanas, está perdiendo ese aspecto arrugadito que tenía hasta ahora. La mayoría de los huesos se están endureciendo, aunque los de la cabecita todavía están muy blandos; de hecho, son huesos separados que tienen espacios entre ellos. Esta flexibilidad en los huesos de la cabecita permite que se compriman para pasar por el canal vaginal.

Semana 34.

El bebito ya mide unos 46 centímetros (18 pulgadas) desde la cabeza hasta los talones. Pesa un poco menos de 2 kilos (alrededor de 4 3/4 libras) o el equivalente a un melón. Su sistema nervioso sigue madurando y tiene los pulmones ya desarrollados. Es una gran noticia, en caso de que decida que quiere nacer antes de tiempo.

### **5.9 Noveno mes de embarazo.**

El desarrollo del feto en el noveno mes de embarazo: semanas 35 a 40. El noveno mes de embarazo se caracteriza por el ritmo al que engorda el feto: unos 28g diarios. Aunque todavía no hay aire en sus pulmones, sus movimientos respiratorios se vuelven frecuentes.

Semana 35.

Mide más de 46 centímetros (18 pulgadas) desde la cabeza hasta los talones. Ya pesa unos 2.3 kilos (un poco más de 5 libras) o el equivalente a un paquete grande de azúcar. Su tamaño podría compararse al de un melón verde. Está ya un poco apretado en el útero. No es de sorprenderse si de repente se observa un pie o un codo empujando la piel del abdomen.

Ya no flota como antes y no da los saltos que daba, pero que tenga menos espacio no significa que se mueva menos: debe seguir dando pataditas con la misma frecuencia que lo hacía antes. Si se nota que se mueve menos, debes llamar a tu doctor.

Sus riñones están ahora completamente desarrollados y el hígado también está comenzando a funcionar. La mayoría de su desarrollo físico básico está ya completo. En las próximas semanas se dedicará a aumentar de peso.

#### Semana 36.

Cada día aumenta casi 30 gramos (una onza más). Ahora pesa alrededor de 2.7 kilos (casi 6 libras). Mide un poco menos de 47.5 centímetros (19 pulgadas), más o menos el tamaño de una lechuga romana. Poco a poco comienza a perder el vellito que cubría su cuerpo las semanas anteriores, así como la sustancia cremosa (vernix caseosa) que ha recubierto su piel durante todo el tiempo que ha estado flotando en el líquido amniótico.

Junto con el líquido amniótico que traga, el bebé también traga la vernix caseosa y el vello que pierde, además de otras secreciones. Toda esa mezcla, que tiene un color negro o verde muy oscuro y se llama meconio, formará su primera evacuación. Lo más probable es que esté ya situado en posición para nacer, con la cabecita hacia abajo.

Si para la semana siguiente no está en posición, quizá el doctor sugiera una "versión cefálica exterior", que en lenguaje médico significa que el doctor tratará de girar a tu bebé para que esté en la posición ideal para el nacimiento, empujándolo con una mano desde la parte exterior de tu vientre.

#### Semana 37.

Ya se acerca la fecha de parto, pero los doctores no consideran que un embarazo ha llegado "a término" hasta las 39 semanas. Ahora mide entre 48 y 51 centímetros (19 a 20 pulgadas), desde la cabeza hasta los talones. Más o menos la longitud de un manojo de acelgas. Ya pesa unos 3 kilos (más de 6 libras). Durante las dos próximas semanas, el cerebro y los pulmones de tu bebé seguirán madurando.

Muchos bebés tienen la cabecita toda recubierta de cabello al momento de nacer. Algunos de ellos lucen una auténtica melenita. Las parejas que tienen el cabello oscuro a veces se quedan boquiabiertas al ver que su bebé nace rubio o pelirrojo, y las parejas de cabello claro también pueden llevarse la sorpresa de que su recién nacido tenga el cabello negro.

#### Semana 38.

Probablemente pesa entre 2.7 y 3.4 kilos (entre 6 y 7.5 libras). Ya mide entre 48 y 51 centímetros (entre 19 y 20 pulgadas), más o menos el largo de un poro (un puerro). Ya puede agarrar con sus manitas. Sus órganos están completamente desarrollados y en su lugar.

Sus pulmones y su cerebro ya podrían funcionar si naciera ahora mismo, aunque continuarán madurando durante toda su infancia.

#### Semana 39.

Es muy probable que pese unos 3.2 kilos (más de 7 libras) y mida unos 51 centímetros (20 pulgadas), el equivalente a una sandía pequeña. Los varones tienden a ser un poco más gorditos que las hembras. Sus órganos están completamente desarrollados y, a medida que ha ido aumentando de peso, todas las arruguitas y pliegues que tenía en la piel han ido desapareciendo.

#### Semana 40

Momento del nacimiento. Hasta hace poco el bebé estuvo muy acurrucado dentro del útero y probablemente parecerá que está encogido durante un tiempo, porque no tendrá las piernas y los brazos totalmente extendidos.

Mientras se está adaptando a la vida fuera de los tibios y seguros confines del útero, podría gustarle estar envuelto bien apretadito en una mantita ligera. La vista del bebé todavía es un poco borrosa. Los bebés nacen cortos de vista (con cierto grado de miopía) y pueden ver mejor las cosas cuando están a una distancia de 50 a 60 centímetros (de 20 a 25 pulgadas), así que tu bebé puede ver tu rostro claramente sólo cuando está cerca.

## **6. Disfrutar del embarazo.**

### **6.1 Lo esencial de una buena atención durante el embarazo.**

En 2016, al inicio de la era de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), la morbilidad y la mortalidad prevenibles relacionadas con el embarazo siguen siendo inaceptablemente altas. Aunque se han realizado progresos considerables, los países tienen que consolidar y acelerar esos avances y ampliar sus agendas para centrarse no solo en la mera supervivencia de sus poblaciones, sino también en mejorar y desarrollar al máximo su salud y potencial.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) concibe un mundo en el que todas las embarazadas y recién nacidos del mundo reciben una atención de calidad durante el embarazo, el parto y el periodo postnatal. En los servicios de atención de la salud reproductiva, la atención prenatal representa una plataforma para llevar a cabo importantes funciones de atención de la salud, como la promoción de la salud, el cribado y el diagnóstico, y la prevención de enfermedades. Se ha constatado que, cuando se realizan en tiempo oportuno prácticas apropiadas basadas en datos objetivos, la atención prenatal puede salvar vidas.

De modo significativo, la atención prenatal también ofrece la oportunidad de comunicarse con las mujeres, las familias y las comunidades y brindarles apoyo en un momento decisivo de la vida de una mujer. Al elaborar estas recomendaciones sobre atención prenatal se ha puesto énfasis en la importancia de establecer una comunicación eficaz sobre cuestiones fisiológicas, biomédicas, de comportamiento y socioculturales y brindar un apoyo eficaz de tipo social, cultural, emocional y psicológico a las embarazadas de una manera respetuosa.

Estas funciones de comunicación y apoyo de la atención prenatal son esenciales, no solo para salvar vidas, sino para mejorar la calidad de vida, incrementar la utilización de los servicios de atención de la salud y aumentar la calidad de la atención. Las experiencias positivas de las mujeres en el marco de la atención prenatal y el parto pueden sentar las bases para una maternidad saludable. Las presentes recomendaciones constituyen una guía integral de la OMS sobre la atención prenatal sistemática que se ha de brindar a las embarazadas.

Su objetivo es complementar las directrices existentes de la OMS sobre la atención de determinadas complicaciones relacionadas con el embarazo. Su finalidad es reflejar y responder a la compleja naturaleza de las cuestiones que rodean la práctica y la prestación

de la atención prenatal, así como ir más allá de la prevención de la mortalidad y la morbilidad y priorizar la atención de la salud centrada en la persona y el bienestar, de conformidad a un enfoque basado en los derechos humanos.

## **6.2 Su primera visita al obstetra.**

La primera visita suele realizarse entre la semana 6 y la semana 9 de embarazo, siempre contando desde la fecha de la última menstruación. En ella se determina la fecha probable de parto (FPP), se elabora la historia clínica y se realiza una ecografía vaginal para confirmar la presencia del saco amniótico y si se detecta, también el latido fetal.

La fecha probable de parto

La fecha probable de parto es, en teoría, el día en que nacerá el bebé. Pero, lo cierto es que apenas el uno por ciento de los bebés nace en ese día.

¿Cómo se calcula?

El embarazo tiene una duración de 40 semanas, o 280 días, contados a partir del primer día de la última menstruación. Para determinar la fecha se utiliza la conocida Regla de Negele, que consiste en restar tres meses y sumar siete días a la fecha de la última menstruación (el primer día de la regla). Los ginecólogos suelen utilizar unas rueditas con el cálculo ya hecho. Sólo tienen que posicionar la fecha de la última menstruación y automáticamente les aparece la fecha de parto.

Por ejemplo, si el primer día de última regla fue el 3 de septiembre, la fecha probable de parto será el 10 de junio. Ese sería el día que cumpliría 40 semanas de gestación, pero se considera normal que el bebé nazca entre la semana 38 y 42 de embarazo, es decir dos semanas antes o dos semanas después de esa fecha, por posibles variaciones en los ciclos de cada mujer, o porque simplemente cada mujer y cada bebé tienen su propio ritmo.

Historia clínica y pruebas

En la primera visita se elabora la historia clínica de la embarazada. El ginecólogo valorará los antecedentes familiares de la pareja, preguntará si ha habido abortos previos, alguna enfermedad importante, alergias, intervenciones quirúrgicas, hábitos de vida, alimentación y cualquier información que pueda resultar de interés desde el punto de vista médico.

Si ya tienen hijos se preguntará cómo ha sido el embarazo y el parto anterior, si ha habido alguna complicación o algo que reseñar. Se controlará además el peso y la tensión arterial, los cuales se volverán a medir cada vez que acudas a los controles prenatales.

También te mandará hacer análisis de sangre y de orina. El primero para determinar el grupo sanguíneo y el factor Rh de la embarazada, el nivel de hemoglobina, así como anticuerpos frente a algunas infecciones como la rubéola, la hepatitis y la toxoplasmosis, o de enfermedades como el SIDA y otras de transmisión sexual.

El primer control del embarazo es un momento muy especial para la pareja, ya que se confirma que el bebé está anidado en el útero y ha comenzado a desarrollarse.

### **6.3 Las siguientes visitas al obstetra.**

Las siguientes visitas al obstetra son una parte fundamental del embarazo. Por eso, es conveniente tomar el tiempo necesario para seleccionar al médico que acompañará a la usuaria durante toda esta etapa. Debe ser alguien a quien puedan consultarle todas sus dudas e inquietudes, y que dé respuestas acordes a las necesidades.

Generalmente, en cada visita, el médico llevará control de peso, presión sanguínea, orina, medirá el abdomen para determinar el crecimiento y la posición del bebé y controlará el latido del corazón del bebé. Las visitas del embarazo sirven para ir valorando la evolución de la futura madre y del feto.

Tenemos que destacar que es muy importante tener un buen control del embarazo. El seguimiento del embarazo de bajo riesgo tiene la opción de ser guiado por su matrona de Atención Primaria, su médico de familia y el ginecólogo.

Visita 0: Tras confirmarse el embarazo, se citará con su matrona del centro de salud. Es una visita muy importante, ya que en ella se realiza una historia clínica (que debe llevar siempre en cada visita y cada vez que acuda al Hospital), se valora el riesgo del embarazo, se hace una exploración física (tensión arterial, talla, peso, etc.), se dan los primeros cuidados y recomendaciones del embarazo y se piden las pruebas complementarias correspondientes (analíticas y ecográficas).

Visita 1 (entre la semana 11 y la 14): Consulta del primer trimestre en el Hospital. En ella se realiza la primera ecografía, se valoran los análisis del primer trimestre y se calcula el riesgo de síndrome de Down. Además, se evalúan posibles factores de riesgo que puedan afectar al embarazo.

Visita 2 (entre la semana 16 y la 18): Con la matrona de su centro de salud. En ella se valora la evolución de la gestación, se realiza una exploración física, se solicita la analítica del

segundo trimestre con la prueba de O 'Sullivan, se dan recomendaciones sobre cuidados y se ofrece la posibilidad de asistir a las Clases de Preparación al Parto.

Visita 3 (entre la semana 18 y la 22): Realización de la ecografía del segundo trimestre en el Hospital. En ella se valora la morfología del feto con vistas al estudio de posibles malformaciones que se puedan detectar con ecografía.

Visita 4 (entre la semana 25 y 27): Con el ginecólogo del Centro de Especialidades. En ella le dan los resultados de los análisis del segundo trimestre y se valora la evolución de la gestación.

Visita 5 (entre la semana 28 y 31): Con la matrona del centro de salud. En ella se valora la evolución de la gestación, se realiza una exploración física, se solicitan las pruebas complementarias del tercer trimestre (analítica, ecografía y exudado vagino-rectal) y se dan recomendaciones sobre los cuidados en este periodo de gestación.

Visita 6 (entre la semana 32 y 35): Con el ginecólogo del Centro de Especialidades. En ella se evalúa el resultado de los análisis del tercer trimestre y se hace la ecografía del tercer trimestre.

Visita 7 (entre la semana 35 y 37): Con la matrona del centro de salud. En ella se valora la evolución de la gestación, se realiza una exploración física, se hace el exudado vagino-rectal, se dan recomendaciones sobre cuidados y se informa de los signos y síntomas para acudir al Hospital, así como del Plan de Parto.

Visita 8 (entre la semana 37 y 39) Con el ginecólogo del Centro de Especialidades, que le remitirá a Fisiopatología Fetal (Monitores).

Visita 9 (semana 40): Consulta de Fisiopatología Fetal (Monitores) en el Hospital. Se comprueba el bienestar fetal y se hacen los últimos controles hasta la finalización del embarazo.

Este calendario de visitas es orientativo. Las fechas, así como las ecografías y las analíticas pueden modificarse en función de la evolución del embarazo y a criterio de los profesionales implicados

#### **6.4 Peligros cotidianos durante el embarazo.**

La diferencia biológica entre hombre y mujer es un hecho incuestionable y natural, que ha sido tratado en los ordenamientos jurídicos de forma similar a la concepción social que marcaba el ritmo de la historia y la política de un país. Así, se ha pasado de regulaciones

jurídicas discriminatorias en lo laboral (diferencias de salario, despido, trabajos prohibidos, etc.) a otras "positivas" en las que prima la protección a la mujer en el trabajo. Sin embargo en materia de seguridad y salud laboral la mujer ha tenido siempre una especial protección por los ordenamientos jurídicos.

Así las primeras normas laborales que en Europa y en España se aprueban en el siglo XIX fueron para proteger a la mujer y a los jóvenes en el trabajo. El equilibrio hormonal es muy delicado y las exposiciones susceptibles de alterarlo pueden dar lugar a complicaciones, que podrían resultar, por ejemplo, en un aborto.

Los principales riesgos durante el embarazo

Alcohol.

Aunque pueda parecer que no hay nada de malo en tomar un vaso de vino durante la cena o un poco de cerveza con amigos, nadie sabe cuál es la "cantidad segura" de alcohol que se puede beber durante el embarazo. El síndrome de alcoholismo fetal es provocado por la ingesta de mucho alcohol durante el embarazo. Realmente se desconoce qué cantidad resulta nociva y qué cantidad es segura. Debido a esta incertidumbre, siempre es conveniente tomar precauciones y no beber nada de alcohol durante el embarazo.

El alcohol es una de las causas más comunes de discapacidad física y de problemas intelectuales o de conducta. Para el feto en desarrollo, puede llegar a ser incluso más nocivo que la heroína, la cocaína o la marihuana. El alcohol se transmite fácilmente al bebé y su cuerpo no puede eliminar el alcohol como lo hace el de la madre. Esto significa que el bebé tiende a acumular concentraciones elevadas de alcohol, que permanecen en su organismo durante períodos de tiempo más extensos que en el cuerpo de la madre. Y la ingesta moderada de alcohol, así como las borracheras periódicas, pueden llegar a dañar el sistema nervioso del bebé que se está desarrollando.

Cafeína

Es conveniente reducir o eliminar el consumo de cafeína. Los estudios demuestran que el consumo de más de 200 a 300 miligramos de cafeína por día (de 2 a 3 tazas de café, según el tamaño de la porción, del método de preparación y de la marca) puede poner en riesgo un embarazo. Consumir menos de esa cantidad probablemente sea seguro.

El consumo elevado de cafeína se ha asociado a un mayor riesgo de aborto espontáneo y, posiblemente, a otras complicaciones del embarazo. Y recordar que la cafeína no se encuentra únicamente en el café. El té verde y el té negro, los refrescos de cola y otros tipos de refrescos contienen cafeína. Proporcionar la opción de consumir productos descafeinados (que tal vez tengan un poco de cafeína, pero en cantidades mucho más pequeñas) o alternativas sin cafeína.

#### Ciertos alimentos

Tratar de evitar o limitar su exposición a aquellos alimentos que con mayor probabilidad estén contaminados con bacterias o con metales pesados. Los que debe evitar durante todo el embarazo son los siguientes:

Los quesos blandos no pasteurizados (con frecuencia promocionados como "frescos"), como el queso feta, el queso de cabra, el brie, el camembert, el queso azul y el queso fresco propiamente dicho, la leche, los jugos y la sidra de manzana que no estén pasteurizados, los huevos crudos o los alimentos que contienen huevos crudos, lo cual incluye la mousse, el tiramisú, la masa para hacer galletas que no esté totalmente cocida, el helado casero y la salsa César para ensaladas.

El pescado crudo o poco cocido (sushi), los mariscos o las carnes crudos o poco cocidos, los patés y otros productos untables derivados de la carne, las carnes procesadas, como los perros calientes, los productos de charcutería (deben estar bien cocidos antes de comerlos). Asimismo, si bien el pescado y los mariscos pueden ser una parte sumamente saludable de la dieta durante el embarazo (contienen ácidos grasos omega 3 beneficiosos, son una fuente elevada de proteínas y tienen un bajo contenido de grasas saturadas), debe evitar ciertos tipos de pescado debido a su elevado contenido de mercurio, que puede dañar el cerebro del bebé en desarrollo.

Debe evitar los siguientes pescados: Tiburón, pez espada, carito, peto o sierra, blanquillo, filete de atún (puede comer cantidades limitadas de atún enlatado, preferentemente claro)

Si bien es importante comer muchos alimentos saludables durante el embarazo, también debe evitar las enfermedades que se transmiten a través de los alimentos, como listeriosis, toxoplasmosis y salmonella, que son provocadas por las bacterias presentes en ciertos alimentos. Estas infecciones pueden poner en riesgo la vida del bebé por nacer y pueden provocar malformaciones congénitas o abortos espontáneos.

## Medicamentos de venta con y sin receta

Algunos deben evitarse; otros, no. Existen muchos medicamentos que no debe tomar durante el embarazo. Se debe de informar acerca de qué medicamentos con y sin receta puede y no puede tomar, aun cuando parezca que no provocarán ningún problema. Incluso los medicamentos que puede comprar en tiendas sin necesidad de una receta pueden estar contraindicados durante el embarazo debido a los posibles efectos para el bebé. Algunos medicamentos con receta también pueden provocar lesiones en los bebés que se están desarrollando. (El tipo de daño y el grado de la posible lesión en el feto dependen del tipo de medicamento).

Además, si bien pueden parecer inocuos, las hierbas medicinales y los suplementos no están regulados por la Administración de alimentos y medicamentos de los Estados Unidos. Esto significa que no es necesario que cumplan con normas de seguridad de ningún tipo y, por lo tanto, podrían ser nocivos para el bebé. Si la usuaria se enferma (por ejemplo, con un resfriado) o si tiene síntomas que le provocan molestias o dolor (como un dolor de cabeza o de espalda), debe de hablar con su médico acerca de los medicamentos que puede tomar y de otras maneras que pueden ayudarla a sentirse mejor sin necesidad de medicamentos

## Tabaco

Por más que esto parezca ridículo, las mujeres embarazadas que continúan fumando están permitiendo que sus fetos también fumen. La madre fumadora transmite la nicotina, el monóxido de carbono y muchas otras sustancias químicas al bebé en crecimiento. Del mismo modo, debe alejarse de las personas que están fumando, ya sea que se trate de compañeros de trabajo, familiares o personas en espacios públicos.

Los problemas que pueden surgir si una mujer embarazada fuma son los siguientes:

- aborto espontáneo o nacimiento de un bebé muerto.
- parto prematuro.
- bajo peso al nacer.
- síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL).
- asma y otros problemas respiratorios.

Y los riesgos para el feto por la exposición habitual al humo de segunda mano incluyen bajo peso al nacer y retrasos del crecimiento.

Edulcorantes artificiales (sustitutos del azúcar).

Se ha determinado que es seguro consumir aspartamo, sucralosa, esteviosido y acesulfamo de potasio, con moderación, durante el embarazo. Sin embargo, debería evitar el aspartamo si la usuaria o su pareja tienen una extraña enfermedad hereditaria denominada fenilcetonuria, en la cual el organismo no puede descomponer la fenilalanina, que es un compuesto presente en el aspartamo. En ese caso, usted debería evitar completamente el consumo ya que el bebé también podría nacer con esta enfermedad.

Los expertos aún no han determinado si es seguro consumir sacarina, presente en algunos alimentos y que se vende en pequeños paquetes, durante el embarazo. La sacarina puede atravesar la placenta y permanecer en el tejido del feto. Asimismo, en Estados Unidos se prohibió el uso de un edulcorante denominado "ciclamato" debido a su posible relación con el cáncer.

Las investigaciones realizadas durante la década de 1970 sugirieron que la sacarina provocaba cáncer de vejiga en las ratas de laboratorio cuando se consumía en grandes cantidades. No obstante, desde entonces, esos estudios han sido cuestionados con frecuencia. Además, en el año 2000, se eliminó una advertencia que debía incluirse en las etiquetas de los productos con sacarina para indicar que podían provocar cáncer.

Viajes en avión

¿Deben evitarlos las embarazadas? No, a menos que esté cerca de la fecha probable de parto o que su médico le indique que usted o su bebé tienen una afección médica que requiera que se quede cerca de su hogar. A las mujeres con algunas afecciones de salud, como hipertensión arterial o coágulos de sangre, antecedentes de abortos espontáneos, partos prematuros, embarazo ectópico u otras complicaciones prenatales, se les recomienda no viajar en avión.

Por el contrario, la mayoría de las mujeres embarazadas saludables pueden volar hasta 4 semanas antes de su fecha de parto. Después, es mejor mantenerse cerca de su residencia por si se desencadena el parto.

## Ejercicios de alto impacto

¿Debe evitarlos la usuaria embarazada? ¡Sí! Para la mayoría de las mujeres embarazadas, los ejercicios de bajo impacto son una excelente manera de sentirse mejor y ayudan a preparar al cuerpo para el parto. Los ejercicios físicos de bajo impacto aumentan el ritmo cardíaco y la entrada de oxígeno y, al mismo tiempo, ayudan a evitar las acciones repentinas y con golpes que pueden afectar a las articulaciones, los huesos y los músculos. A menos que el médico le indique lo contrario, límitese a practicar ejercicios de bajo impacto.

El Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos recomienda que las mujeres saludables que no son altamente activas o que no están acostumbradas a realizar actividad intensa realicen al menos 150 minutos (2 horas y media) de actividad aeróbica de intensidad moderada por semana. Si usted era muy activa o realizaba actividades aeróbicas intensas antes del embarazo.

## Sustancias químicas de uso doméstico

Algunas deben evitarse; otras, no. La organización March of Dimes, asegura que si bien, el olor de las sustancias químicas como el amoníaco o la lejía, pueden provocarle náuseas, no son tóxicas. Pero otras sustancias (como algunas pinturas, los solventes, los limpiadores de horno, los removedores de barniz, los desodorantes de ambiente, los aerosoles, los limpiadores de alfombras, etc.) podrían ser tóxicas.

Antes de usar cualquier producto, lea las etiquetas. Si su uso durante el embarazo no es seguro, la etiqueta debería decir que es tóxico. Investigar no solo si es seguro que la embarazada lo use, sino si es seguro el uso o que esté cerca mientras otras personas lo están usando.

## Aerosoles para insectos (insecticidas, pesticidas y repelentes)

Se deben de evitar ya que se les considera venenos y las mujeres embarazadas deben mantenerse alejadas de ellos siempre que sea posible. Si bien el uso ocasional de insecticidas en el hogar puede no ser peligroso, es conveniente tener cuidado. Los niveles de exposición elevados pueden provocar lo siguiente:

- abortos espontáneos
- partos prematuros
- deformaciones congénitas

En lo que respecta a los repelentes de insectos (que pueden contener DEET o dietiltoluamida), no se conocen los riesgos con certeza. Por lo tanto, es conveniente no usarlos durante el embarazo o usar guantes para colocar una pequeña cantidad sobre las medias, el calzado y las prendas de vestir en lugar de colocarse los repelentes directamente sobre la piel.

Exceso de calor (baños calientes, saunas, mantas eléctricas, etc.)

Se deben limitar las actividades que eleven su temperatura corporal a más de 102 °F (38.9 °C). Estas actividades incluyen:

-usar saunas o baños calientes

-tomar baños o duchas prolongados con agua muy caliente

-usar mantas eléctricas o almohadillas de calor

-dejar que le suba mucho la temperatura

-calentarse en exceso por hacer ejercicio físico o estar al exterior en clima muy caluroso

Si la temperatura de su cuerpo supera los 102 °F (38.9 °C) durante más de diez minutos, el exceso de calor puede causarle problemas al feto. El exceso de calor en el primer trimestre puede provocar defectos en el tubo neural y abortos espontáneos. Cuando el embarazo está más avanzado, la madre puede sufrir deshidratación.

### **6.5 trabajo seguro durante el embarazo.**

La mayoría de las mujeres pueden continuar trabajando durante el embarazo. No obstante, estar embarazada puede plantear dificultades en el lugar de trabajo. Para mantenerte saludable y productiva en el trabajo, puedes aprender a aliviar las molestias frecuentes del embarazo y saber cuándo una tarea laboral podría poner en peligro tu embarazo.

Aliviar las náuseas y los vómitos

Se las llama «náuseas del embarazo» y pueden aparecer en cualquier momento. Para aliviar las náuseas en el trabajo:

Evita los desencadenantes de las náuseas. Ese café con leche doble que deseabas todas las mañanas antes del embarazo o el aroma de los alimentos recalentados en el microondas de la sala de descanso podrían provocar cambios repentinos en el estómago. Evita cualquier elemento que desencadene las náuseas.

Come tentempiés con frecuencia:

Las galletas y otros alimentos livianos pueden salvarte cuando sientes náuseas. Mantén una reserva de tentempiés en el trabajo para que te resulte cómodo comerlos. El ginger ale o el té de jengibre también podrían ayudar.

Tratamiento de la fatiga:

Podrían sentir cansancio debido a que el cuerpo trabaja horas adicionales para llevar adelante el embarazo; además, laboral puede resultar difícil descansar durante la jornada. Podría ser útil tener en cuenta lo siguiente:

Come alimentos ricos en hierro y en proteínas. La fatiga puede ser un síntoma de anemia por deficiencia de hierro, pero adaptar tu dieta puede ayudar a superarlo. Elige alimentos como carnes rojas, carne de aves, mariscos, vegetales de hoja verde, cereales integrales fortificados con hierro y frijoles.

Toma descansos breves y frecuentes. Levantarte y moverte durante algunos minutos puede revitalizarte. Pasar unos minutos con las luces apagadas, los ojos cerrados y los pies elevados puede ayudarte a recargar energía.

Bebe mucho líquido. Ten una botella de agua en tu escritorio o en tu área de trabajo y bebe durante todo el día.

Reduce tus actividades. Disminuir las actividades puede ayudarte a descansar más cuando termina tu jornada de trabajo. Considera hacer las compras en línea o contratar a alguien para limpiar la casa o encargarse del patio.

Mantén la rutina de ejercicios. Aunque el ejercicio puede ser en lo último que pienses al final de un día largo, la actividad física puede ayudar a aumentar tu nivel de energía, en especial, si estás sentada en un escritorio todo el día. Da un paseo después del trabajo o únete a una clase de entrenamiento prenatal, siempre que el proveedor de atención médica esté de acuerdo.

Ve a la cama temprano. Trata de dormir, al menos, ocho horas todas las noches. Descansar sobre el lado izquierdo maximizará el flujo sanguíneo del bebé y aliviará la hinchazón. Para mayor comodidad, coloca almohadas entre las piernas y debajo del vientre.

Mantener la comodidad. A medida que el embarazo avanza, las actividades diarias, como sentarse y pararse, pueden volverse incómodas. ¿Recuerdas aquellas respiraciones cortas y frecuentes para combatir la fatiga? Moverse cada algunas horas también puede aliviar la

tensión muscular y ayudar a prevenir la acumulación de líquido en las piernas y en los pies. También prueba estas otras estrategias:

Estar sentada. Usar una silla ajustable con un buen soporte lumbar puede hacer que estar largas horas sentada sea más fácil, especialmente a medida que el peso y la postura cambian. Si tu silla no es ajustable, usa una pequeña almohada o almohadón para darle apoyo adicional a la espalda. Eleva las piernas para disminuir la hinchazón.

Estar parada. Si debes permanecer parada durante largos períodos, coloca un pie sobre unos apoyapiés, una banqueta baja o una caja. Cambia de pie cada cierto tiempo y toma descansos frecuentes. Usa zapatos cómodos que tengan un buen soporte para el arco. Además, considera usar medias elásticas con soporte.

Agacharte y levantar objetos. Incluso si levantas algo liviano, la forma correcta de hacerlo puede evitar que te lastimes la espalda. Dobla las rodillas, no la cintura. Mantén la carga cerca del cuerpo, y levántate con los pies, no con la espalda. Evita torcer el cuerpo mientras te levantas.

Mantener el estrés bajo control

El estrés en el trabajo puede reducir la energía que necesitas para cuidarte y para cuidar de tu bebé. Para minimizar el estrés en el lugar de trabajo:

Tomar el control. Todos los días haz listas de tareas para hacer y establece tus prioridades. Considera qué tareas puedes delegarle a otra persona, o bien elimina tareas.

Háblalo con alguien. Comparte las frustraciones con un compañero de trabajo, amigo o ser querido que te brinde apoyo.

Relájate. Practica técnicas de relajación, como hacer respiraciones lentas o imaginarte en un lugar tranquilo. Prueba una clase de yoga prenatal, siempre que el proveedor de atención médica lo apruebe.

## **6.6 Dieta equilibrada y nutrientes esenciales durante el embarazo.**

En el momento en que una mujer se queda embarazada uno de los cambios importantes es el enlentecimiento de la digestión. El objetivo de esto es que el alimento permanezca durante más tiempo en el intestino y, en consecuencia, la absorción de nutrientes sea mayor.

La ganancia de peso durante los primeros tres meses debe ser de entre 0,5 kg. y 1,5 kg. de peso. Esta ganancia de peso es muy pequeña ya que el feto tan sólo alcanza unos 16 cm de tamaño.

Nutrientes a tener en cuenta durante la primera etapa del embarazo:

**Proteínas, grasas e hidratos de carbono:** Su presencia es muy importante, aunque las cantidades recomendadas no son diferentes a las de una dieta equilibrada. Esto significa que debe haber una fuente de proteína en cada comida (carne, pescado, legumbres, queso, tofu, seitán o huevos), que los hidratos de carbono complejos (pasta, pan, arroz, patata) deben estar presentes diariamente y que hay que vigilar con las grasas (consumir preferentemente aceite de oliva, frutos secos y pescado azul).

**Minerales:** La dieta debe cumplir los requerimientos de hierro, yodo y calcio, aunque las cantidades de estos y otros minerales no deberán ser mayores hasta el 4º mes de embarazo.

**Vitaminas:** Desde el inicio del embarazo es importante aumentar el consumo de vitamina C, A, D, E y vitaminas del grupo B. Puedes cubrir este aporte con el consumo de frutas y hortalizas crudas, cereales integrales, aceite de oliva crudo y lácteos. Muchas veces se recomienda tomar algún tipo de suplemento natural para asegurar el aporte vitamínico necesario.

**Fibra:** El consumo diario de fibra es necesario para tener un intestino sano y evitar el estreñimiento. La fibra la aportan las frutas, las verduras, los cereales integrales y las legumbres. Una mujer embarazada no debería consumir más de 30 g. de fibra al día ya que puede disminuir la absorción intestinal de nutrientes importantes.

**Dieta durante el segundo y el tercer trimestre del embarazo**

A partir del cuarto mes de embarazo empieza a aumentar el requerimiento energético y calórico de la futura madre. El peso que se recomienda ganar durante el segundo trimestre del embarazo es de 3,5 a 4 kg, y durante el último trimestre del embarazo es de 5 a 5,5 kg de peso.

**Recomendaciones que hay que tener en cuenta:**

Aumentar la cantidad de alimentos que aportan hidratos de carbono complejos, por ejemplo, comiendo más pan.

Aumentar la cantidad de proteína diaria, por ejemplo, comiendo trozos más grandes de carne o pescado.

Disminuir las grasas saturadas y aumentar las grasas saludables consumiendo aceite de oliva, frutos secos y pescado azul o bebiendo un vaso más de leche.

Aumentar la ingesta de calcio: A partir del 4º mes de embarazo y hasta el nacimiento del bebé la cantidad de calcio que se consume debe ser mayor. La mejor manera de hacerlo es tomando más lácteos o sustitutos de los lácteos enriquecidos en calcio (bebida de soja, de arroz, de avena, etc.).

Aumentar el hierro de la dieta: Es muy común que aparezca anemia en fases avanzadas del embarazo provocada por el aumento del tamaño del feto. Por esta razón el consumo de hierro es muy importante. Los principales alimentos que lo contienen son las carnes rojas, los mejillones, el huevo, el pescado y las legumbres. Aunque se consuman alimentos ricos en hierro normalmente no es suficiente para combatir la anemia y lo más indicado es tomar suplementos alimenticios. Para combatir la anemia ferropénica también es necesario ingerir cantidad suficiente de vitamina B12 (presente en la carne, el pescado, los huevos y los lácteos) y ácido fólico (presente en los espárragos, las espinacas, los guisantes, la col, los frutos secos, el huevo y la carne). Tomar diariamente alimentos ricos en vitamina C también ayudará a una mejor asimilación del hierro de la dieta.

Aumentar la ingesta de yodo: Es un mineral importante durante todo el embarazo. Se encuentra en los alimentos que provienen del mar, pescado, marisco y algas. Se recomienda comer pescado 4 veces a la semana.

Combatir las principales molestias del embarazo

Mareos: Son frecuentes durante todo el embarazo, sobre todo por las mañanas. Empeoran cuando hay bajadas de tensión o de los niveles de azúcar en sangre.

Comer algo en la cama, antes de ponerse de pie (por ejemplo unos biscotes).

Comer poco pero a menudo, unas 6 o 7 veces al día.

Evitar las bebidas que contienen cafeína como el té, el café y las bebidas de cola.

Comer alimentos que aporten hidratos de carbono en todas las comidas. Puede ser en forma de pan, pasta, arroz, patata, legumbres, cereales o fruta.

Náuseas y vómitos: Para combatir las náuseas y los vómitos se deben seguir las mismas recomendaciones que para los mareos. Si aun así persisten:

Tomar infusiones de menta, comino o zumo de piña.

Tomar de primer plato en la comida y en la cena patata, pasta o arroz hervidos y con un poco de aceite de oliva.

Elegir verduras que sean fáciles de digerir como el calabacín, la calabaza, la zanahoria y la judía verde.

Tomar la fruta hervida o al horno.

Evitar las frutas cítricas como el zumo de naranja.

Tomar los lácteos en forma de yogur o queso, evitando beber leche.

Evitar las carnes más grasas y los embutidos.

No comer bollos, productos de pastelería, galletas, etc.

Evitar los alimentos crudos y elegir cocciones que faciliten la digestión: hervido, vapor, papillote, microondas.

Acidez o reflujo: Normalmente estas molestias aparecen los últimos meses de gestación, cuando el tamaño del feto es mayor y empieza a comprimir el estómago. Consejos para mejorar:

Evitar la fruta en ayunas y como postre.

Evitar alimentos ácidos y picantes: vinagre, limón, pimentón, etc.

Evitar los productos integrales o que contengan mucha cantidad de fibra.

Evitar bebidas con gas y con cafeína.

Evitar cocinar a la plancha y freír.

Moderar la cantidad de aceite de oliva que se usa para cocinar y para aliñar.

Evitar estar más de 3 horas sin ingerir alimentos. Fraccionar mucho las comidas y no ingerir grandes cantidades.

Estreñimiento: Es muy frecuente a partir del segundo trimestre del embarazo. No es aconsejable el uso de laxantes en embarazadas pero si se pueden administrar supositorios de glicerina y suplementos de fibra. Recomendaciones dietéticas:

Beber agua e infusiones o caldos durante todo el día. Llegar a los 2 litros en total.

Caminar y hacer ejercicio físico.

Comer alimentos vegetales en todas las comidas.

Tomar alimentos integrales, como el pan, todos los días.

Añadir semillas de lino a las ensaladas, los purés o al yogur.

Aliñar los platos con aceite de oliva crudo.

Tomar yogures con bífido-bacterias.

Calambres musculares: Se pueden padecer calambres musculares a partir del segundo mes de embarazo. La dieta para ayudar a combatirlos debe contener:

Alimentos ricos en vitaminas del grupo B, como cereales, legumbres, carne, pescado, huevos o lácteos.

Alimentos ricos en magnesio, como frutos secos, legumbres, frutas desecadas, plátanos o verduras de hoja verde (espinacas, acelgas).

Insomnio: Suele ocurrir hacia el final del embarazo. Recomendaciones:

Cenar pronto y ligero. Por lo menos 2 horas antes de acostarse evitando sofritos y fritos.

Consumir alimentos que aporten triptófano: huevos, pollo, jamón o pescado azul y beber un vaso de leche caliente antes de acostarse.

Eliminar de la alimentación el café, el chocolate, el té, las bebidas de cola, el mate, el guaraná y el ginseng.

Consumo de pescado en la dieta durante el embarazo

El pescado, además de ser rico en proteínas, nos aporta grasas muy relevantes para el desarrollo del feto como los aceites omega 6 y omega 3. Pero por otra parte, debido a la contaminación de los océanos, estos peces acumulan niveles de mercurio que varían de forma notable según la especie.

Los peces más grandes que tardan más tiempo en crecer y que se alimentan de otros más pequeños, son los que acumulan una mayor concentración de mercurio. Por otra parte, los peces criados en aguas más limpias (pescados de río), los de menor tamaño o aquellos

criados en piscifactorías, son los que menos mercurio tiene y son perfectos para consumirlos durante el embarazo.

En las mujeres que están en edad reproductiva y, especialmente, aquellas que se encuentran embarazadas o están amamantando, las recomendaciones son el consumo de 2-3 porciones de pescado (o marisco) semanales (del tamaño aproximado de la palma de una mano), de las siguientes especies de pescados: boquerón o anchoa, sardina, corvina, caballa, róbalo, palometa, salmón, calamar, almeja, camarón, raya, pejerrey, eglefino, merluza, arenque, tilapia, lisa o pargo, ostra, lucio, vieira, lacha, lenguado, cangrejo de río, perca, bacalao, cangrejo, platija o lenguado, gado o abadejo, trucha, atún enlatado claro (incluye el bonito), en general el pescado blanco y el estornino del Pacífico.

También se recomienda el consumo de una porción de pescado cada semana de las siguientes especies (de mayor tamaño y con mayor presencia de omega 6): lutjánido o pargo, gallineta o pescado de roca, caballa española, rape, halibut o fletán, dorado/pez delfín, bacalao negro, perca rayada (de mar), blanquillo o lofolátilo, atún o albacora/blanco enlatado y fresco/congelado, chopa, carpa, mero, corvinata real/trucha de mar, corvina blanca/Corvina del Pacífico, bagre búfalo (o bagre boca chica) y perca de mar chilena/Merluza negra.

Por último, los pescados más grandes y cuyo consumo debe ser realizado de forma puntual (no incorporado a nuestra dieta semanal), son las especies de macarela rey o caballa, reloj anaranjado, raya o pez emperador, aguja, tiburón blanquillo o lofolátilo (Golfo de México), atún de ojos grandes o patudo, pez espada.

Control del embarazo en la consulta de nutrición.

La consulta del dietista – nutricionista es una buena opción para llevar un buen control del embarazo. La realización de una dieta personalizada ayuda a mejorar las molestias del embarazo y a poder hacer un buen control del peso.

## **7. Cuidado y mantenerse en forma en el embarazo.**

### **7.1 Preparación para ejercicios durante la gestación.**

Muchas mujeres se preguntan si deben hacer ejercicio cuando están embarazadas. Se preocupan de que la actividad física pueda aumentar el riesgo de aborto involuntario. Más adelante en el embarazo, tal vez se preocupen de que esto haga que su bebé nazca antes de tiempo o tenga un peso bajo al nacer. El ejercicio no causa ninguna de esas cosas. Aquí hay otras dudas comunes que las mujeres embarazadas tienen sobre el ejercicio.

Si la usuaria tiene alguna de estas afecciones, no debe hacer ejercicio:

- Ciertos tipos de enfermedades del corazón o de los pulmones;
- Insuficiencia cervical;
- Anemia severa;
- Preeclampsia (presión arterial alta inducida por el embarazo);
- Trabajo de parto prematuro durante el embarazo;
- Placenta previa después de la 26<sup>o</sup> semana de embarazo;
- Embarazo múltiple y con factores de riesgo de trabajo de parto prematuro.

La mayoría de estas afecciones son infrecuentes. Si no tienen problemas médicos graves y el embarazo es normal, es probable que sea seguro hacer ejercicio.

Hay muchos beneficios de hacer ejercicio durante el embarazo:

- Promueve un aumento de peso saludable.
- Reduce el dolor de espalda.
- Ayuda con el estreñimiento.
- Mejora su estado físico general.
- Fortalece su cuerpo y lo prepara para el parto.
- Ayuda a perder peso después del nacimiento del bebé.

Los ejercicios más cómodos son aquellos que no requieren que su cuerpo cargue peso adicional. La natación y la bicicleta estática son buenas opciones. Caminar y hacer ejercicios aeróbicos de bajo impacto son generalmente bien tolerados. También puede probar con el

yoga modificado o Pilates modificado. Usted y su médico tendrán que decidir qué es lo mejor para usted y su bebé. Las mujeres embarazadas deben realizar 150 minutos de ejercicio aeróbico de intensidad moderada cada semana. En este nivel, aún debe poder hablar, pero no cantar. Divida los 150 minutos como quiera. Podría hacer 30 minutos de ejercicio 5 veces a la semana. O podría hacer incrementos de 10 minutos varias veces al día casi todos los días. Si era físicamente activa antes de quedar embarazada, es posible que pueda mantener su rutina actual. Siempre consulte con su médico primero.

## **7.2 Programa de ejercicios para la mujer embarazada.**

Antes de comenzar algún tipo de ejercicio físico es necesario realizar un adecuado acondicionamiento neuromuscular aproximadamente de 6 a 10 minutos, de esta forma prepararemos el cuerpo para realizar actividad física.

Ejercicios posturales.

Inclinación de cuello: desde la posición inicial de pie o sentada, mirando al frente; realizar una inspiración, mientras expulsas el aire, acerca la oreja derecha al hombro derecho, luego vuelves a la posición inicial expulsando el aire (alternar el ejercicio). Repetir el ejercicio de 6 a 8 veces.

Rotación de cuello: desde la posición inicial de pie o sentada; inspirar y expirar el aire mientras giras la cabeza hacia la derecha, manteniendo la posición unos segundos, inspirar y volver a la posición inicial expulsando el aire (alternar el ejercicio). Repetir el ejercicio de 6 a 8 veces.

Flexión de hombros: desde la posición inicial sentada, realizar flexión de hombros. Repetir el ejercicio de 6 a 8 veces. Abducción de hombros: desde la posición inicial sentada, realizar abducción de hombros. Repetir el ejercicio de 6 a 8 veces. Rotación de los hombros: desde la posición inicial sentada, con los codos hacia fuera, apoyando la punta de los dedos sobre los hombros; inspirar, mientras expulsas el aire, traza amplios círculos con los codos hacia atrás (alternar el ejercicio). Repetir el ejercicio de 4-6 veces.

Ejercicio para la pelvis: desde la posición inicial decúbito dorsal con una almohada bajo la cabeza y los hombros, rodillas flexionadas separadas en línea con las caderas y pies apoyados en el suelo; inspirar y mientras expiras, agarra la rodilla derecha con la mano derecha acercándola al pecho, gira hacia la derecha y extiende la pierna, estirando los dedos del pie. Luego inspira y mientras expulsas el aire, realiza el ejercicio en sentido inverso,

volviendo a la posición inicial (repetir el ejercicio con la pierna izquierda). Repetir el ejercicio de 6 a 8 dos veces.

Primera etapa adiestramiento y adaptación.

Este periodo va desde el inicio del embarazo hasta la semana número 13. La primera etapa es de adiestramiento y adaptación de las embarazadas a los ejercicios. Se debe realizar ejercicio de fortalecimiento para los grandes grupos musculares con más hincapié en el abdomen y la pelvis; estos con el fin de fortalecer la musculatura para los cambios posteriores, ejercicios de respiración y relajación para mantener una buena oxigenación entre la madre y el feto con su respectiva relajación.

Ejercicio para los hombros: desde la posición inicial de pie; inspirar uniendo las manos en la espalda, con los dedos entrelazados y los brazos extendidos, expirar e intentar unir los codos aproximando los omóplatos entre sí. Repetir el ejercicio de 6 a 8 veces.

Ejercicio para los cuádriceps y pantorrillas: desde la posición inicial en puntillas, apoya las manos en una pared; inspirar y mientras se expira, contraer los glúteos, llevar la pelvis hacia delante y flexionar las rodillas manteniéndolas separadas (inspirar volviendo a la posición inicial). Repetir el ejercicio de 6 a 8 veces.

Ejercicio para el tronco: desde la posición inicial, sentada en una silla frente al respaldo de una silla con los brazos cruzados delante del pecho; realizar movimientos circulares por encima del respaldo de la silla, en diferentes direcciones sin flexionar el tronco. Repetir el ejercicio de 6 a 8 veces.

Ejercicio para los miembros superiores: desde la posición inicial sentada en una silla; inspirar sacando los codos hacia fuera, cerrar una mano y encerrarla con la otra, colocándolas a la altura del pecho, mientras expulsas el aire, empuja una mano contra la otra. Repetir el ejercicio con las manos a la altura de los ojos y de la cintura, cambiando el orden de las manos. Repetir el ejercicio de 6 a 8 veces.

Ejercicio para los miembros superiores: desde la posición inicial sentada en una silla; inspirar sacando los codos hacia fuera tomar con las manos los antebrazos y levantar los codos a la altura de los hombros, hacer presión, para tensionar los músculos pectorales. Repetir de 6 a 8 veces.

Ejercicio para la cadera: desde la posición inicial, sentada en una silla con las manos en la cintura; realizar una abducción de la cadera izquierda y la derecha, manteniendo en tronco lo más quieto posible. Repetir el ejercicio de 6 a 8 veces.

Ejercicio circulatorio: desde la posición inicial sentada, realizar una extensión de rodillas, dejando apoyados los talones en el suelo. Luego extender los dedos de los pies al máximo, elevándolos, seguidamente flexionar los dedos. Repetir el ejercicio de 6 a 8 veces.

Ejercicio de expansión pélvica: desde la posición inicial en cuclillas, espalda recta, con los pies apoyados en el suelo repartiendo el peso del cuerpo entre los talones y los dedos de los pies. Apoyar los codos en la cara interna de las rodillas y mantener las manos unidas; inspirar y mientras se expulsa el aire, hacer presión con los codos hacia fuera, separando los muslos, inspira disminuyendo la tensión. Repetir el ejercicio de 6 a 8 veces.

Ejercicio para el pecho y hombros: sentada (preferiblemente en una silla) con la espalda recta y las rodillas flexionadas, sostener los codos a la altura de los hombros, levantar contrayendo, luego flexionar los codos y bajar a la altura de los hombros nuevamente. Repetir de 6 a 8 veces.

Ejercicio para los miembros superiores: posición inicial decúbito dorsal, levantar los brazos al mismo tiempo que contraes tus músculos abdominales y flexionas las rodillas. Este ejercicio también se puede realizar tomando con ambas manos los músculos abdominales una vez contraídos, levantando las rodillas flexionadas. Repetir de 6 a 8 veces.

Estiramiento de columna: desde la posición inicial, sentada con las rodillas flexionadas, apoyar las manos detrás de la cadera; inspirar mientras se elevan las costillas, enderezando la espalda y sin levantar los hombros, después espirar volviendo a la posición inicial. Repetir el ejercicio de 6 a 8 veces.

Se ha comprobado a través numerosos estudios los múltiples beneficios que obtiene la gestante al realizar ejercicios físicos sistemáticos. La mayoría de las embarazadas encuestadas dijeron que les gustaría realizar actividad física y que es necesario la aplicación de un programa de gimnasia para embarazadas.

### **7.3 Estrategias de relajación en la etapa gestacional.**

Ser madre es uno de los momentos más especiales de la vida. Unos meses llenos de ilusión y emoción. En lo que nos cambian las prioridades, los horizontes, las emociones se llenan de momentos nuevos y diferentes. Durante el embarazo el cuerpo de la mujer cambia. Alberga vida. Si a eso le unimos la preocupación por saber cómo saldrá todo, por los cambios en nuestro día a día a partir del nacimiento del bebe, puede generar a la futura mama estrés, ansiedad, nervios y se puede traducir en molestias físicas. Las futuras mamás también

tienen opciones de buscar esos rincones y momentos de relax y una serie de masajes que pueden beneficiarte físicamente y aliviar la tensión propia de un embarazo.

Algo muy positivo para buscar esos momentos de tranquilidad es dedicar momentos a simplemente “no hacer nada”. Ese no hacer nada es hacer mucho por descansar. Es importante compartir las preocupaciones. Y es que esas preocupaciones de la futura mamá también pueden estar sobrevolando al futuro papá.

Pueden ser dudas que solo podría entender otra mujer embarazada, por ejemplo, una compañera del curso de preparación al parto. Es importante compartir esas sensaciones. Actividades como el yoga o la meditación nos ayudan a aprender técnicas de relajación y mantener a raya la ansiedad. Cerrar los ojos y concentrarnos en la respiración, en el aire que entra y sale por la nariz poco a poco. Imaginar que la tensión se desliza desde los hombros y que vamos aligerando presión. Apenas cinco o diez minutos de estos ejercicios nos pueden ayudar a estar más tranquilas y relajarnos.

El masaje para embarazadas es una técnica encaminada a aliviar las molestias físicas y psicológicas a partir del tercer mes de gestación. Es muy importante que el cuerpo de la madre este bien colocado y posicionado en una postura cómoda para que él bebe no sufra. Jamás se situará a la mujer boca abajo. Siempre se colocara a la madre boca arriba o de lateral a poder ser sobre el costado izquierdo. En esta situación se suelen colocar cojines o almohadillas. Otra opción es dar los masajes en silla ergonómica.

Los beneficios son tanto para la mamá como para el bebé. Para la mamá mejora la circulación, alivia las molestias y dolores musculares en espalda, lumbares y piernas. También previene la hinchazón de brazos y piernas que es algo que también beneficia la circulación. Combate es estrés y la ansiedad. Desde el punto de vista estético mantiene la elasticidad de la piel y por ende disminuye el riesgo de estrías. Tampoco podemos olvidar la relajación mental y física que produce y que un masaje aumenta el tono muscular.

#### **7.4 Guardarropa durante la etapa gestacional.**

El guardarropa femenino es por lo general muy variado, pero todo se altera con la llegada de la maternidad. Difícilmente podamos seguir usando durante el embarazo la ropa que teníamos y no todas las mujeres pueden asegurar que volverán a la normalidad después de este. Ya que no podemos estar seguras de que nuestro guardarropa no sufrirá cambios, en esta oportunidad te enseñamos a elegir el más conveniente.

A veces la manera de resolver nuestros problemas con el vestuario no tiene que ver nada con el dinero; es posible que sencillos trucos nos ayuden a lucir bien sin gastar más de la cuenta. Muchas prendas nos favorecen en cuanto a comodidad durante el período de maternidad, pero no todas nos hacen ver mejor.

Lo más conveniente es elegir la ropa que nos haga sentir bien; tener una prenda para cada ocasión y que pueda combinarse con ropa que aún te queda. Es normal que ninguna mujer quiera ponerse la misma ropa que usaba en el embarazo; por eso, es recomendable comenzar a buscarla con anticipación.

Un vestido que no te marque el cuerpo y sea adecuado para la época del año siempre es conveniente para salir del hospital o asistir a las consultas posnatales. Los abrigos y las chaquetas largas son aconsejables para disimular los kilos de más; en caso de que haya mucho calor, aquellos cortes que inician en el busto pueden ser una buena opción.

Como sabemos, la barriguita va a ser el máximo escollo a superar, además de ser el área más difícil de reducir, también interfiere en la forma de vestirnos. Por lo tanto, para disimular los excesos en la barriga es muy eficiente la estructura de la ropa; podemos elegir prendas que sean más ajustadas en la cintura, pero sueltas en el abdomen y los pechos.

Los cuellos en V, al parecer, son capaces de desviar las miradas hacia la parte de arriba; así como la ilusión que logran aquellas blusas ajustadas justo debajo del busto, pero que son más holgadas hasta la cadera. Elige blusas cuyo largo sea hasta el inicio de la cadera y evita aquellas por dentro del pantalón.

Como es de esperarse, quizá los jeans no nos van a acompañar en la primera parte de nuestro posparto, por eso aquellos pantalones que usábamos durante el período de embarazo seguirán siendo de ayuda. Llevarlos hasta nuestra talla actual es posible con costuras temporales; además los blusones largos son eficientes para tapar los bultitos y para usarlos con leggings.

Para no dejar nuestro presupuesto en crisis, podemos optar por compra ropa económica o de segunda mano, aquella que podamos usar para la transición y no nos importe desechar en poco tiempo. Recordemos que los pantalones deben ser cómodos, poco ajustados y apropiados para nuestra condición.

En el caso de las blusas, recordemos que nos encontramos quizá en el proceso de lactancia, donde algunas prendas no son convenientes para amamantar. Por eso, es preciso elegir

blusas con apertura en la parte de adelante, de colores neutros y telas resistentes, que puedan sobrevivir al contacto con la leche, los vómitos y bucheros del bebé.

## **7.5 Preparativos para la llegada del recién nacido.**

El espacio en casa para el bebé

Algo que nos da mucha tranquilidad a los madres es tener el mobiliario y el espacio que va a ocupar el bebé (cuco, cuna, moisés, cambiador...) y con suficiente ropa de cama, sábanas, protector, toallas... todo listo y organizado con bastante antelación.

En nuestro caso como vamos a coleccionar, hemos colocado la cuna (que ya teníamos de Sunflower) adosada a la cama quitando uno de los laterales. Además esta vez tenía muchas ganas de añadir un dosel de seda azul y rosa (esto es algo muy Waldorf) que cuando le atraviesa la luz del sol la convierte como en violácea. Este tipo de doseles son muy recomendables para los bebés porque cuando están tumbados hacia arriba, al ver los techos despejados y tanto espacio libre a su alrededor se suelen poner nerviosos, en cambio con un cielo de seda en tonos pastel de este tipo, que en cierta manera les recuerda a los colores que se filtraban en el útero materno, se tranquilizan mucho.

Es imprescindible tener comprado un dispositivo de seguridad homologado para el coche, y haber ensayado previamente como funciona para no perder los nervios con el bebé ya en casa. Además, si vamos a dar a luz en un hospital, el dispositivo debería estar ya en el coche no vayamos a olvidarlo con las prisas.

La mayoría de las familias compran una cuna y un capazo, aunque luego no los lleguen a utilizar. Sin embargo, tener un pequeño capazo en casa si puede ser de mucha ayuda los primeros días, para poder dejar al bebé cuando duerme aunque vayamos a portarlo casi todo el tiempo.

La cuna, si finalmente queremos que duerma en ella, puede esperar, pero decidamos que el niño dormirá en otra habitación a la larga o no, tenerlo con nosotros esos primeros meses es muy importante.

Un portabebés adecuado a los primeros días nos ayudará mucho, porque el pequeño va a sentirse mucho más seguro y feliz si lo llevamos pegado a nuestro cuerpo. Haberlo adquirido y saber usarlo previamente al parto nos dará mucha seguridad cuando tengamos al bebé en casa y nos demos cuenta de lo bien que se siente pegado a su madre pudiendo ella mientras moverse libremente por la casa o en el paseo.

Deberíamos haber comprado pañales, de los que prefiramos, y tener lo adecuado para limpiar el bebé entre cambios de pañal. Podemos elegir las modalidades habituales o enterarnos del uso y los beneficios de los pañales y productos de limpieza ecológicos, que librarán a la delicada piel del recién nacido del contacto con químicos y otros productos irritantes. Tener el barreño o la bañera para darle un baño es otra de las cosas que mejor tener previamente compradas.

## Ropa

Hay que tener algo de ropa. Pijamitas de esos que se abren por detrás y bodys con amplio cuello para que no le moleste es indispensable tener muchos. Por lo menos 10 diría yo. Tenemos que haberlos lavado antes de ponérselos al bebé y recordando hacerlo a baja temperatura, con jabones apropiados o nueces de lavado, sin usar suavizante nunca para no producir irritaciones o alergias. Un par de toallas muy suaves, un arrullo para envolverlo y alguna prenda de abrigo si nace en invierno son el ajuar indispensable para los primeros días.

## Otras necesidades básicas

Nunca, nunca, usaremos medicación con un recién nacido sin prescripción médica, por lo que sería innecesario tenerla, aunque algunos padres se sienten más tranquilos si tienen un antitérmico en casa y, por supuesto, un termómetro digital, no de mercurio, que ya deberíamos haber descartado para todos los miembros de la familia.

Para la mamá, yo aconsejaría tener un enema en casa, porque a veces el momento de ir al baño puede ser muy doloroso después del parto. También es conveniente tener discos de lactancia, aunque los primeros días lo mejor es dejar que el pecho se seque al aire, sin ponerle ninguna crema ni taparlo mientras está húmedo.

La compra de sujetadores de lactancia yo la dejaría para después del parto, ya que el pecho aumenta mucho de tamaño y no debemos usar ninguno que nos oprima. Pero si lo compramos, tengamos en cuenta esto para no adquirir una talla demasiado pequeña que pueda comprimir las mamas. También nos va a ayudar preparar nuestro hogar para la llegada del bebé. Una limpieza a fondo de la casa, la nevera llena y haber organizado previamente las visitas que vamos a aceptar y las personas que van a ayudarnos, también nos ayudará mucho cuando estemos de regreso al hogar.

## **7.6 Productos indispensables para la mujer y el recién nacido.**

La seguridad es también un factor importante al comprar artículos. Algunos productos pueden suponer un riesgo para el bebé si no se siguen las pautas de seguridad. Y los productos usados tienden a ser más peligrosos que los nuevos. Los sitios web enumerados en la sección de recursos la pueden ayudar a elegir un asiento de seguridad para el automóvil, una cuna, ropa, un cochecito y otros artículos.

-Lo que su bebé necesitará en el hospital:

-Camiseta

-Un conjunto, como un enterito elastizado, camisón o suéter

-Un par de calcetines o esarpines

-Cobija para bebé, gorro y una cobija más gruesa o traje de abrigo si el clima es frío

-Pañales y toallitas húmedas (algunos hospitales entregan un suministro inicial de estos artículos)

-Asiento de seguridad para el automóvil: La mayoría de los hospitales no otorga el alta del bebé a menos que se haya comprobado la seguridad y la instalación correcta del asiento para automóvil.

-Cosas que necesitará para transportar a su bebé

-Asiento para bebés orientado hacia atrás: Un asiento de seguridad adecuado para el automóvil es la mejor manera de proteger a su bebé en la carretera y la única manera legal de transportar a su bebé en automóvil. Lo mejor es comprar un asiento nuevo para garantizar que sea seguro y esté en buenas condiciones. Tenga cuidado cuando use el asiento para bebés fuera del auto. No coloque el asiento junto con su bebé sobre mesas u otras superficies elevadas. Usos inadecuados del asiento de bebés fuera del automóvil pone al bebé en riesgo de lesión y muerte. Las razones comunes de lesiones dentro del asiento de bebés incluyen caídas del asiento, caídas de superficies altas y asientos que se dan vuelta sobre superficies suaves.

-Pañalera: Ya que esto es algo que estará cargando por unos tres años, elija una que sea cómoda y duradera.

-Artículos para la habitación del bebé

-Cuna y ropa de cuna: La mayoría de las cunas y colchones nuevos comprados en los Estados Unidos son seguros. Si está planeando utilizar una cuna usada, asegúrese de que se ajuste a las normas vigentes de seguridad del gobierno.

-Corralito o cuna portátil

-Cambiador

-Tocador

-Silla mecedora

-Canasta de ropa

-Monitor para bebés

-Luz de noche/iluminación tenue

-Artículos de cuidado infantil

Pañales desechables o de tela: Puede probar un par de marcas diferentes de pañales y elegir la que más le guste.

-Cobijas para bebés

-Ropa

-Sacaleches (si va a amamantar)

-Biberones: Asegúrese de obtener el tamaño correcto de los chupones, por ejemplo, para prematuros o recién nacidos.

-Termómetro rectal o digital de oído.

-Bañera.

-Paños y toallitas para bebé.

-Pomada para dermatitis del pañal y/o vaselina.

-Toallas con capucha.

-Sistema para desecho de pañales: Es bueno tenerlo, pero no es necesario.

-Paños para hacer eructar al bebé y almohadillas impermeables para falda.

-Pera de goma: Para aspirar la nariz del bebé si es necesario. El médico de su bebé le dirá si es necesario, cuándo y cómo hacerlo.

-Cortaúñas para bebé/juego de tijeras de manicura.

## **7.7 Afrontar crisis de pareja durante el embarazo.**

Cuando una pareja decide ser padres se enfrenta a un nuevo desafío: la llegada de un hijo que cambiará su situación actual. El estrés, los miedos y no saber cómo lidiar con todo puede ser el caldo de cultivo idóneo para que surjan peleas y discusiones que pueden llegar a convertirse en una crisis.

“La preparación para la llegada del bebé puede vivirse de manera diferente por ambos miembros: mientras que uno puede esperarlo con gran tranquilidad, el otro podría tener emociones como miedo, temor o angustia, lo que también afectará a la convivencia de la pareja”, explica Patricia Sánchez, socia cofundadora de Centro TAP. Tratamiento Avanzado Psicológico, quien señala que además la mujer podría tener molestias derivadas del embarazo (en el primer trimestre náuseas, falta de apetito o sueño y en el último cansancio, dolores de espalda o dificultades para dormir).

Diana Lozano, psicóloga clínica en el mismo centro, señala que ante el embarazo la pareja tiene un importante reto: el ajuste, es decir, la relación ha de ir evolucionando para encajar con lo que ambos miembros sienten y necesitan. “Cuando el ajuste no se da, pueden aparecer las dificultades o agravarse las ya existentes”, advierte.

Ambas señalan un punto de partida indispensable para alcanzar ese ajuste y evitar los conflictos: la comunicación. Los dos miembros de la pareja tienen que poder transmitir adecuadamente su situación física y emocional para que el otro le acompañe en sus necesidades. Además, deben aceptar que el embarazo no va a ser vivido exactamente igual por parte de los dos.

Los cambios que sufrirá la mujer durante la gestación y los síntomas variarán dependiendo de cada una, habrá algunas que se sientan llenas de vitalidad los nueve meses y que disfrutarán el crecimiento de la barriga, mientras que otras notarán cansancio retendrán líquidos y podrán agobiarse con la ganancia de peso.

“Por ello, de nuevo, la comunicación es la clave. Preguntar, comunicar qué se necesita, qué se espera ¡o qué se teme!”, afirma Lozano. “Es una forma para que las parejas se acerquen y para que los hombres, en este caso, puedan compartir el embarazo de sus parejas, ser más participes del proceso y acompañarlas con más acierto”.

Otro aspecto que puede generar conflictos y donde la comunicación juega un papel determinante es, según Lozano, manejar las situaciones en las que los miembros de la pareja estén en puntos diferentes, ya que puede generar mucho desequilibrio. Éstas pueden ser, por ejemplo, cuando una de las dos personas está centrada en lo práctico o lo logístico y la otra está pensando cuál va a ser su planteamiento educativo tras el nacimiento del bebé.

“Otro aspecto a considerar es el ajuste de los tiempos de los miembros de la pareja. La llegada de un bebé exige reorganizar los tiempos, la dedicación a los cuidados del bebé no necesariamente estará equilibrada y esto será especialmente significativo en madres lactantes que suelen pasar más tiempo con el bebé. La falta de consenso sobre el reparto de los cuidados de la casa, el hijo/s, el trabajo, o el tiempo personal, puede ser una fuente de conflicto”, añade Sánchez.

Ante estos cambios la actitud del hombre debe ser de apertura, deben asumir que hay cosas que no van a entender, ya que no las están experimentando, y que pueden quedarse perplejos ante determinadas situaciones. Tal y como apostilla Lozano, tienen que dejar de lado el mito de que las mujeres embarazadas son bombas de hormonas que reaccionan de forma impulsiva y sobredimensionada.

### **7.8 Nueva paternidad y maternidad.**

La maternidad y también la paternidad se muestran como una nueva etapa que transforma nuestra vida completamente, se modifican nuestros hábitos y conductas para con uno mismo y para con los demás. También se modifican las prioridades, las relaciones de pareja, las relaciones de amistad, el tiempo del que disponemos para hacer otras cosas, etc.

Muchas parejas posponen tomar la decisión de ser padres, a veces de forma inconsciente porque tienen miedo a enfrentarse a todos estos cambios de lo que os hablo. Retrasar la decisión, no nos lleva a nada positivo, al contrario, hace que podamos tener angustia y estrés y sea todavía más nocivo.

Además, es una lucha contra el reloj biológico con lo cual, os recomiendo que en el momento que te plantees la posibilidad de ser padre o madre, no retrases y retrases tomar la decisión en un sentido u en otro, pues no te conducirá más que a discusiones con tu pareja, estrés y angustia.

Los miedos más comunes

- El cambio de rutina fuerte, y dejar a un lado el estado de comodidad e independencia.

- Cómo compatibilizar el trabajo, la casa, el cuidado del bebé, y las relaciones sociales o de pareja.
- Inseguridades sobre la capacidad de ser buenos padres.
- Miedo a lo desconocido, o a pensar que no voy a tener paciencia, instinto o condiciones para criar a un hijo.
- Miedo a perder belleza y condición física. Incluso miedo al embarazo o al parto.

Si pasado un tiempo, ves que no puedes afrontar la situación, acude a un psicólogo. Con ayuda de la psicoterapia puedes ahondar en tus miedos, localizarlos y tratarlos para que desaparezcan. Quizás no logres superar el miedo a la maternidad porque sufres alguna patología que un psicólogo podría diagnosticarte y tratarla, como es el caso de la Tocofofia, una patología que consiste en un miedo irracional a quedarse embarazada y al parto.

## **8. Cuidados e intervenciones de enfermería durante el control prenatal.**

### **8.1 Clases de al parto.**

Las clases de preparación para el parto son parte importante del proceso cuando se va a tener un bebé. Pueden ayudarle a crear un plan para cuando llegue el momento y calmar su ansiedad sobre lo “desconocido” del trabajo de parto y el parto.

Estas clases pueden proporcionar información esencial para los padres primerizos, incluyendo:

Los distintos métodos que existen para un parto.

Cómo saber cuándo ya está en trabajo de parto.

Qué debería hacer cuando rompa la fuente.

Estrategias para que el parto sea más cómodo, entre ellas: técnicas de respiración y relajamiento.

Opciones para controlar el dolor.

Información básica sobre la lactancia materna.

Cómo cuidar del bebé en la casa.

Sin embargo, las clases de preparación para el parto no son solo para padres primerizos. También hay clases de “actualización” para padres que tienen hijos mayores, pero que están esperando un nuevo bebé.

Además de brindarle información actualizada sobre el trabajo de parto y el parto, las clases cumplen otro propósito importante. Son una muy buena oportunidad para que su pareja se involucre y se sienta parte del nacimiento del bebé. La mayoría de clases están diseñadas para usted y un compañero, ya sea su cónyuge, una pareja, un familiar o incluso un amigo cercano. Lo ideal es que sea la persona que será su “asistente” y fuente de apoyo durante el parto.

Las clases también pueden ser una buena fuente de apoyo emocional. Tendrá la oportunidad de relacionarse con otros padres que tienen muchos de los mismos miedos y preocupaciones.

Tal vez lo más importante es que las clases de preparación para el parto aumentarán su confianza. Saber que millones de otras mujeres han pasado por el trabajo de parto y por el parto puede ayudarle a disminuir la ansiedad. Aprender sobre las estrategias relacionadas con el proceso puede ayudarle a sentirse más en control y a calmar sus miedos.

### Camino a una salud mejorada

La mayoría de hospitales, así como algunas clínicas e incluso educadores independientes, ofrecen clases de preparación para el parto. Normalmente, estas clases son impartidas por enfermeras, parteras certificados, asesores en lactancia y otros educadores de clases de preparación para el parto.

En el centro en donde tenga planificado el nacimiento de su bebé la pueden dirigir a la mejor fuente de clases de preparación para el parto. Si el plan es que su bebé nazca en un hospital, a menudo es buena idea recibir sus clases ahí. La mayoría de clases ofrecen una visita guiada a la sala de maternidad como parte de la clase, para que usted pueda ver personalmente dónde estará cuando nazca su bebé.

Si el hospital que eligió no ofrece clases de preparación para el parto, su médico o partera certificado debería ser capaz de recomendarle una clase que sea adecuada para usted.

Es posible que el método que escoja para el parto incida en el tipo de clase que debe elegir. A pesar de que muchas clases de preparación para el parto ofrecen información general de todos los métodos que existen, hay clases que se enfocan en un solo método, como las clases de la técnica Lamaze.

La mayoría de instructores recomiendan que usted tome clases de preparación para el parto cuando ya esté en el último trimestre del embarazo, es decir, hasta que esté en su séptimo u octavo mes. Sin embargo, algunas veces puede recibir clases tempranas de preparación para el parto en las que aprenderá sobre lo que puede esperar durante su embarazo. Estos tipos de clases son una muy buena opción para los padres primerizos, porque aprenden consejos para tener un embarazo más saludable y seguro.

Las clases se ofrecen en varios formatos. Algunas se resumen a un fin de semana, mientras que otras se ofrecen una noche a la semana en el transcurso de 10 semanas, más o menos. Normalmente, las clases que duran más son aquellas que ofrecen información general de todos los métodos, así como consejos para amamantar y para el cuidado del bebé. A veces, las clases que abordan una técnica específica de parto son más cortas. También hay clases diseñadas para los padres que van a tener un parto múltiple (como mellizos o trillizos). Si su primer parto fue por medio de Cesárea y esta vez desea un parto vaginal, también existe una clase para eso. Elija la que sea mejor para usted. Las clases tienden a llenarse rápido, por lo que debería reservar su espacio lo antes posible.

Algunas veces, incluso podría encontrar una clase privada si no se siente cómoda con la idea de estar en una clase grupal. Algunos hospitales también han empezado a ofrecer cursos en línea.

Prevea que tal vez deba pagar por su clase de preparación para el parto, ya que es posible que su plan del seguro de salud no cubra este servicio. Podría haber disponible ayuda financiera, pero variará dependiendo de dónde reciba su clase.

Cómo elegir una clase.

Todo sobre el nacimiento/Preparación para el parto

Esta clase de preparación general para el parto le dará información general de todo lo relacionado con el parto. Esta es una buena clase para obtener información general, en especial si está indecisa sobre la técnica de parto y la estrategia para el manejo del dolor que le gustaría utilizar. Aprenderá lo siguiente:

Técnicas de parto, incluyendo información general de los métodos para un parto natural (técnica Lamaze, el método Bradley, parto bajo hipnosis).

Estrategias para el manejo del dolor, incluyendo métodos de relajación y masajes, así como atención médica para el alivio del dolor (esto podría incluir medicamentos tradicionales para el dolor o una epidural, la cual administra anestesia continua a través de un tubo insertado en su espalda).

Las diferencias entre un nacimiento vaginal y uno por cesárea, incluyendo el período de recuperación para ambos.

Los partos que requieren intervención médica, incluyendo aquellos en los que se induce el trabajo de parto (al administrarle medicamentos para provocarlo), en los que se utilizan fórceps (un instrumento médico que se parece a unas tenazas para ensalada) o en los que se usa una ventosa obstétrica (un instrumento con forma de cono con una ventosa) que ayuda a extraer al bebé.

Qué hacer cuando/si rompe la fuente.

Cómo tomar el tiempo de las contracciones y cuándo avisar a su médico o partera certificado.

Atención médica posparto.

Lactancia materna.

Cómo cuidar de su bebé en casa, incluyendo primeros auxilios para bebés.

Técnica Lamaze

La técnica Lamaze ha existido desde los años 60 y es una de las técnicas de parto más populares en los Estados Unidos. Se reconoce de forma más inmediata por sus técnicas de respiración. Esta respiración consciente ayuda a desviar la atención del dolor de las contracciones. Es parte de un método de relajación general.

Otras actividades de relajación utilizadas en la técnica Lamaze incluyen caminar, utilizar una pelota para partos (parecida a una pelota para hacer ejercicios) y el masaje, lo que sea que le ayude a superar cada contracción.

La filosofía detrás de la técnica Lamaze es hacer que una mujer esté lo suficientemente cómoda durante el trabajo de parto para que tome sus propias decisiones. Con más frecuencia, es una vía para el parto natural (sin medicamentos ni epidural). Sin embargo, una mujer que practique la técnica Lamaze también podría optar por utilizar medicamentos durante el trabajo de parto.

## El método Bradley

Este método de parto asistido por un cónyuge le enseña cómo prepararse física, mental y emocionalmente para un parto natural. Hace énfasis en la importancia de que su bebé nazca saludable con la intervención mínima o nula de medicamentos.

El método Bradley es un curso de 12 semanas que incluye un plan y una guía de estudio completa que le muestra todo el proceso que inicia con el embarazo hasta el nacimiento del bebé. Le enseña métodos de relajación a la futura madre, pero también se enfoca mucho en preparar a su pareja (o “asistente”) para el parto, para que no sea solo un espectador. Los asistentes aprenden la manera de guiar a sus parejas para superar el dolor. También aprenden sobre las posiciones eficaces para el parto que pueden ayudar a aliviar el dolor.

La filosofía detrás del método Bradley es que se requiere de varios meses para planificar y prepararse adecuadamente para el parto y la paternidad. Sus clases promueven “Bebé saludable, mamá saludable y familias saludables”.

## Parto bajo hipnosis

El parto bajo hipnosis, también conocido como el método Mongan, ayuda a las mujeres a aprender técnicas de autohipnosis para tener a sus bebés con calma y confianza, de una manera que sea serena para ella y para el bebé.

El parto bajo hipnosis se enseña durante cinco sesiones. Cada sesión dura 2 horas y media. Durante las sesiones aprenderá a utilizar los músculos involucrados en el nacimiento, permitiendo que su cuerpo haga el trabajo durante el parto. También aprenderá la manera de llegar a un estado de relajación en donde el instinto tome el control, lo cual disminuye el dolor.

La filosofía detrás del parto bajo hipnosis es que el nacimiento es un proceso natural que el cuerpo de las mujeres es totalmente capaz de hacer. La razón por la que las mujeres le temen al parto es porque han escuchado historias terribles al respecto. Es este miedo el que crea la tensión e impide que el cuerpo trabaje para superar el dolor y solo lo empeora. Estas clases exponen los mitos asociados con el parto y ayudan a que las mujeres lo vean como algo a lo que no le deben temer.

## Lactancia materna

Si su clase de preparación para el parto no trata el tema de la lactancia materna, sería recomendable que tomara una clase individual relacionada con este tema, en especial si usted es mamá primeriza. Existe mucha información que respalda los beneficios que la lactancia materna tiene para la salud.

La Academia Americana de Médicos de Familia (American Academy of Family Physicians, AAFP) recomienda que todos los bebés, con muy pocas excepciones, sean amamantados o reciban leche materna en un biberón, de manera exclusiva, durante los primeros seis meses de vida. La lactancia materna debería continuar incluso cuando usted ya empiece a incorporar alimentos sólidos en la dieta de su bebé durante la segunda mitad del primer año. Amamantar después del primer año seguirá ofreciéndole beneficios tanto a la madre como al niño, y debería continuar con ello siempre y cuando ambos lo deseen.

## Resucitación cardiopulmonar (RCP) y primeros auxilios

Saber qué hacer en una situación de emergencia que involucre a un bebé o a un niño pequeño puede hacer la diferencia entre la vida y la muerte. Si su clase de preparación para el parto no incluye esta información, debería buscarla por su cuenta. Muchos hospitales la ofrecerán a través de clases individuales para padres o para aquellas personas que regularmente se relacionan con niños por alguna razón.

Aprenderá a practicar resucitación cardiopulmonar (RCP) en bebés y niños, aprenderá qué hacer cuando un bebé o un niño se esté ahogando, cómo tratar heridas (incluyendo quemaduras) y cómo cuidar a su hijo cuando se enferme repentinamente.

## Cosas que debe tener en cuenta

Algunas veces, no importa qué tan preparada esté, el parto no sale como usted hubiera esperado. Existen varias razones médicas que podrían obligarla a abandonar el plan preparado para el parto. Si el bebé no está en la posición correcta y su médico no puede hacer que el bebé dé vuelta, es muy probable que le tengan que hacer una Cesárea sin haberla planificado. Podría iniciar el trabajo de parto semanas antes de lo programado. Podría pasarse de la fecha prevista para el parto y podría ser necesario inducirlo.

La lección de todo esto es planificar lo mejor que pueda, pero debe saber que es muy probable que su cuerpo y el bebé incidan en cómo y cuándo ocurra el nacimiento.

## **8.2 Diferentes tipos de parto.**

Aunque podríamos decir que cada parto es único, sí es cierto que existen, desde el punto de vista sanitario, diferentes partos a los que se pueden enfrentar las parejas el día del nacimiento de su hijo. Estos son los principales:

Parto normal o de 'bajo riesgo'. Se define como un proceso fisiológico de comienzo espontáneo por el cual el feto, la placenta y anejos fetales salen al exterior de la mujer. Ocurre entre las semanas 37 y 42 completas. Después de dar a luz tanto la madre como el bebé se encuentran en buenas condiciones. Atendiendo a esta definición se podrían considerar de 'bajo riesgo' entre el 70-80% de todas las gestantes. En este tipo de partos el bebé nace de manera vaginal espontánea, sin ningún instrumento, y a la madre no se le administra ni oxitocina intravenosa, ni se le rompen de manera artificial las membranas (bolsa).

Parto inducido o estimulado. Es aquel en el que el profesional sanitario provoca de manera artificial el inicio del trabajo de parto, o bien controla su evolución mediante el uso de medicamentos o maniobras que aceleran el trabajo de parto (oxitocina, prostaglandinas, rotura de membranas de manera artificial....). Este tipo de parto tiene muchas posibilidades de terminar en una cesárea o en un parto instrumental.

Parto instrumental: Es aquel parto que puede ser tanto inducido, como haber comenzado de manera espontánea, que acaba con la necesidad durante el periodo expulsivo de la utilización por parte del ginecólogo de algún instrumento para poder extraer al bebé. El periné de la madre suele sufrir bastante durante estas maniobras y a un porcentaje muy alto se le tendrá que practicar episiotomía. El doctor según valore optará por fórceps, ventosa convencional, espátulas o ventosa tipo kiwi (ejerce un menor vacío, se puede considerar la más light de todos los instrumentos).

Parto por cesárea: es una intervención quirúrgica en la que se realiza una incisión en el abdomen y útero de la madre para extraer a través de ella a su hijo. Se lleva a cabo cuando el ginecólogo determina que puede existir un riesgo para la madre o el bebé el parto por vía

vaginal. Puede ser realizada de urgencia (si durante el trabajo de parto el bienestar de la madre o del bebé se ven afectados) o de manera programada (cuando la causa hace que no sea seguro intentar el parto vaginal).

### **8.3 Reconocimiento del inicio del parto.**

Para la mayoría de las mujeres, el trabajo de parto comienza en algún momento entre las 37 y 42 semanas del embarazo. El trabajo de parto que se produce antes de las 37 semanas de embarazo se considera prematuro.

Al igual que el embarazo es diferente para cada mujer, el inicio, los signos y la duración del trabajo de parto varían de una mujer a otra e incluso de un embarazo a otro.

Signos del trabajo de parto.

El signo principal del trabajo de parto es una serie de contracciones (endurecimiento y relajación del útero) que llegan con regularidad. Con el tiempo, se vuelven más fuertes, duran más y son más frecuentes. Algunas mujeres pueden experimentar un trabajo de parto falso cuando las contracciones sean débiles o irregulares o se detengan cuando la mujer cambie de posición. Las mujeres que tienen contracciones regulares cada 5 a 10 minutos durante una hora deben informar a su proveedor de atención médica.

Es importante analizar el trabajo de parto y los signos del trabajo de parto con un proveedor de atención médica al inicio del embarazo, antes de que comience el trabajo de parto. Algunos proveedores prefieren que una mujer espere hasta tener signos múltiples de trabajo de parto o estar en trabajo de parto "activo" antes de ir al hospital o al centro de maternidad.

Otros signos del trabajo de parto incluyen los siguientes:

"Aligeramiento". Este término se refiere a cuando el feto "desciende" o se mueve hacia la parte inferior del útero. Esto puede suceder varias semanas o solo unas pocas horas antes de que comience el trabajo de parto. No todos los fetos descienden antes del nacimiento. El aligeramiento recibe su nombre por la sensación de ligereza o alivio que experimentan algunas mujeres cuando el feto se mueve de la caja torácica a la zona pélvica. Permite que

algunas mujeres respiren con más facilidad y profundidad y puede proporcionar alivio de la acidez estomacal.

Aumento del flujo vaginal. Llamado "tapón mucoso" o "tapón sangriento", el flujo puede ser claro, rosado o ligeramente sangriento. Esta secreción ocurre cuando el cuello uterino comienza a abrirse (dilatarse) y puede suceder varios días antes del trabajo de parto o justo cuando comienza el trabajo de parto.

Las contracciones de trabajo de parto antes de las 37 semanas de embarazo son un signo de trabajo de parto prematuro. Las mujeres que noten contracciones regulares y frecuentes en cualquier momento del embarazo deben notificar a un proveedor o ir al hospital. Los proveedores pueden verificar si hay cambios en el cuello uterino para ver si el trabajo de parto ha comenzado. Según sea necesario, los proveedores también pueden brindar atención especializada a las mujeres en trabajos de parto prematuros. Entre las mujeres que experimentan un trabajo de parto prematuro, solo alrededor del 10% dan a luz en una semana.

Otros signos del trabajo de parto incluyen los siguientes:

- Cambio en el flujo vaginal;
- Dolor o presión alrededor de la parte delantera de la pelvis o el recto;
- Dolor leve en la espalda baja;
- Calambres que se sienten como cólicos menstruales, con o sin diarrea;
- Un chorro o goteo de líquido, que es señal que se rompió la fuente.

A veces, si la salud de la madre o el feto están en riesgo, el proveedor de atención médica de la mujer recomendará inducir o causar el parto con métodos supervisados por un médico, como los medicamentos.

Salvo que el parto temprano sea médicamente necesario o se produzca por sí solo, esperar hasta al menos 39 semanas antes del parto les brinda a la madre y al bebé la mejor

oportunidad para obtener resultados saludables. Durante las últimas semanas de embarazo, los pulmones, el cerebro y el hígado del feto aún se están desarrollando.

#### **8.4 Fases del parto.**

El parto es algo tan personal como el embarazo y, tras nueve meses de gestación, muchas futuras mamás lo esperan con ansiedad. Hasta el nacimiento del bebé, madre e hijo tienen mucho que hacer. Desde el punto de vista médico, el parto empieza cuando se abre el cuello uterino y termina con la expulsión de la placenta, las llamadas secundinas.

La fase de dilatación.

La fase de dilatación anuncia su llegada con las contracciones de dilatación, que primero aparecen a intervalos regulares de entre 20 y 30 minutos.

En este periodo, muchas embarazadas aún están muy relajadas y se preparan lentamente para el traslado al hospital. Esta fase es la más larga del parto y puede durar entre ocho y 14 horas en las primerizas. Habitualmente se reduce con cada parto ulterior.

En la fase de dilatación suele romperse el saco amniótico, si no ha sucedido ya antes de empezar el parto. Si el parto no avanza, las comadronas ayudan con una ruptura artificial del saco amniótico.

Esta consiste en abrirlo con un instrumento pequeño. Al final de la fase de dilatación, las contracciones aparecen más o menos cada dos minutos y se vuelven más intensas y más largas.

La fase de transición.

La segunda fase del parto es la de transición. Se caracteriza por ser breve y muy intensa. En este momento, las mujeres tienen contracciones muy agudas y dolorosas. Al final de esta fase, el cuello uterino está del todo abierto, entre ocho y diez centímetros. Aunque la breve fase de transición es muy dolorosa, el nacimiento del bebé ya no suele tardar mucho.

La fase de expulsión.

La fase de transición va seguida de la agotadora fase de expulsión, al final de la cual nace el bebé. En esta fase, la cabeza del bebé ya se ha deslizado mucho hasta la entrada de la pelvis y, desde ahí, presiona el recto con fuerza. Esto provoca a la parturienta una enorme necesidad de empujar. Esta fase se caracteriza por la aparición de contracciones de presión muy intensas que se producen a intervalos de un minuto y que pueden llegar a durar 90 segundos. Las contracciones están alternadas con pausas cortas en las que la parturienta se puede relajar brevemente y respirar hondo.

Con cada contracción, la cabeza del bebé se desliza un poco más por la pelvis. En este momento, las mujeres sienten un deseo intenso de empujar.

Para ayudar activamente en la fase de expulsión, las parturientas pueden aprovechar la gravedad y elegir una posición adecuada para el parto:

De pie, a cuatro patas o en un taburete, el bebé puede deslizarse más fácilmente por la pelvis. Tras varias contracciones de presión, la cabeza del niño ya se puede ver desde fuera, momento en que la comadrona empieza a dar instrucciones precisas. Si la cabeza del bebé sale por la vagina demasiado rápido, se puede rasgar el perineo.

Con cada contracción de presión, el cuerpo del bebé se desliza por el canal del parto para salir completamente al final de la fase de expulsión.

Las secundinas.

¡Conseguido! Una vez liberado el bebé de la mucosidad y cortado el cordón umbilical, los jóvenes padres ya pueden concentrar toda su atención en el pequeñín. No obstante, el final real del parto no llega hasta la cuarta y última fase: las secundinas.

Las llamadas secundinas están compuestas por la placenta y las membranas que rodeaban al bebé.

Con unas cuantas contracciones posteriores, que favorecen la contracción del útero, la placenta se separa lentamente de la pared uterina. Estas contracciones posteriores se parecen al dolor menstrual y suelen ser más dolorosas con cada parto.

Ahora la comadrona se encarga de controlar que se hayan expulsado las secundinas por completo y que no hayan quedado restos en el útero.

Si quedan restos en el útero, estos podrían causar hemorragias o infecciones después, como la fiebre puerperal. Si, después de unos diez minutos, aún no se han desprendido las secundinas de la pared uterina, a veces ayuda darle el pecho al bebé, ya que la succión estimula las contracciones posteriores y, con ello, se contrae el útero.

### **8.5 Medidas de apoyo para el parto y matronas.**

La satisfacción percibida por las madres con la experiencia de parto está relacionada con numerosos factores. Es necesario incorporar la visión de las mujeres embarazadas durante este proceso, con la finalidad de conocer sus necesidades y expectativas. Métodos: revisión de la literatura científica desde 2007 hasta la actualidad en bases de datos Pubmed, Scopus y Cuiden Plus. También se utilizó revisión inversa. Resultados y discusión: la satisfacción global respecto a la experiencia de parto estuvo entre el 24,4% y el 92,5%. En cuanto a los factores relacionados con la satisfacción, se encontraron asociaciones significativas con el cumplimiento de las expectativas y el acompañamiento de una persona de elección.

Aunque no se encontró asociación significativa entre el apoyo del personal sanitario y la experiencia de parto, las mujeres embarazadas consideraron como factores influyentes en la satisfacción, el trato de los profesionales sanitarios, la información recibida durante el proceso y recibir el método de alivio del dolor elegido por ellas. Conclusiones: la satisfacción global de las mujeres gestantes con la atención recibida durante el parto fue elevada. Los factores que más influyen en la satisfacción de las mujeres con el parto son: el acompañamiento de una persona de elección, el apoyo de los profesionales sanitarios, recibir información detallada y comprensible con el proceso, que le ayude a tomar decisiones, así como que se cumplan sus expectativas respecto al parto y en relación al alivio del dolor.

La satisfacción global respecto a la experiencia de parto fue en general positiva. Esto puede deberse a que la satisfacción materna se incrementa cuando la madre finalmente ve a su hijo sano y las experiencias negativas se minimizan. Lindholm et al.<sup>8</sup> encontraron en su estudio que el 82% de las mujeres tuvo una experiencia positiva del parto, en concordancia con otros autores que obtuvieron resultados similares 74,9% y 86%. Los mejores niveles de

satisfacción se encontraron en el estudio de Fernández Raigada et al.<sup>3</sup> que obtuvieron un 94,3% de mujeres satisfechas y el de Branger et al. Que alcanzó 92,5%.

Estos altos niveles de satisfacción también fueron obtenidos por Cicuto et al. En cuyo estudio el grado de satisfacción fue 9 de promedio en una escala de 1 a 10 y por Marín Morales et al. Cuyo instrumento de medida fue la Escala de Satisfacción del Parto de Mackey (Mackey Satisfaction Childbirth Rating Scale) y los resultados fueron de 4,14, que se midieron mediante una escala tipo Likert de 1 (muy insatisfecha) a 5 (muy satisfecha).

Estos resultados son mejores que los obtenidos en otras investigaciones: Entre las que destaca el trabajo de Mohammad et al. Donde solo el 24,4% de las mujeres consultadas tuvo un parto satisfactorio. Estos porcentajes tan bajos de satisfacción pueden estar relacionados con la calidad de la atención recibida, puesto que son países en desarrollo donde sus costumbres difieren de las costumbres occidentales y los recursos sanitarios son escasos.

Otros autores que realizaron estudios cualitativos obtuvieron respuestas satisfactorias con la vivencia del parto: "Es una experiencia mágica, pero de alguna manera hay que ser consciente de lo que se trata...", "Después de ver a Camila, todo lo que había pasado valió la pena, y el resto pasó a segundo plano". Por el contrario, en la investigación de Molina Media, se pudo observar un nivel de satisfacción menor: "No me dieron opción a elegir nada... me sentí como un muñeco". Las madres consideraron sentirse como una figura pasiva y conformista, ya que existen unos protocolos preestablecidos que tienen poco en cuenta sus necesidades y/o preferencias por lo que estas solicitan que se realicen los cambios pertinentes en esta atención para que la mujer recupere su protagonismo en el parto<sup>18</sup>.

Se han identificado factores implicados en la satisfacción de las madres con la atención al parto como el acompañamiento durante el mismo, el trato del personal sanitario, el alivio del dolor y el cumplimiento de las expectativas.

La presencia de una persona de confianza o de la pareja es importante en el nivel de satisfacción de las mujeres, puesto que supone un apoyo de tranquilidad y seguridad durante todo el proceso de parto. Encontraron en su estudio que el acompañamiento de una persona de elección durante el parto se asoció significativamente con el incremento de la satisfacción materna. El acompañante puede solicitar más información y además puede implicarse en la toma de decisiones junto con la mujer gestante<sup>14</sup>. Estos hallazgos están en consonancia con otras investigaciones que han demostrado que la presencia de un acompañante es un elemento positivo que mejora la fisiología del trabajo de parto, la sensación de control y la

competencia de la madre, lo que reduce el factor de dependencia de las intervenciones médicas.

### **8.6 Intervenciones y procedimientos de enfermería en el control prenatal.**

La Interrelación NANDA, NIC y NOC para el cuidado prenatal por enfermería Müller-Staub y colaboradores (2007) encontraron, en una revisión sistemática, que la profesión de enfermería utiliza en la práctica varios sistemas de clasificación general de diagnósticos de enfermería; a saber: The Internacional Clasificación for Nursing Practice (ICNP); Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (ICF); North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), y Nursing Diagnosis of the Centre for Development and Research of the University Hospital in Zurich (ZEFP).

Según la NANDA, un diagnóstico de enfermería es un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, la familia y la comunidad frente a procesos vitales reales o potenciales. Los diagnósticos definidos por la NANDA son una guía que permite sustentar los problemas reales y potenciales más frecuentes derivados de la valoración integral.

Esta revisión sistemática verificó la validez, fiabilidad y aplicabilidad de los diferentes sistemas, con base en una escala que evalúa tres criterios relevantes para el diagnóstico de enfermería. El primero corresponde a que un diagnóstico debe describir el conocimiento base y el área sobre la cual se desarrolla la práctica de enfermería. El segundo determina la pertenencia a un concepto central; y el tercero identifica que cada diagnóstico debe tener una descripción, un criterio diagnóstico y estar relacionado con la etiología.

Integralidad del cuidado prenatal realizado por enfermería Arias, Bernal, Giraldo et al. (2007) realizaron un estudio descriptivo, que tuvo como principal objetivo determinar algunos aspectos de la calidad del control prenatal realizado por el profesional de enfermería en una IPS pública de Manizales en el 2007, basado en el grado de adherencia a la norma técnica de detección temprana de alteraciones del embarazo contenida en la Resolución 412 de 2000.

Con la información recolectada a partir de historias clínicas, se evalúa la calificación obtenida en cada ítem, de acuerdo con los criterios establecidos; la población fue de 213 gestantes inscritas en el control prenatal y 120 mujeres escogidas para la muestra, los resultados revelan que algunas variables, como temperatura, educación a la gestante, solicitud y análisis de paraclínicos, remisión al curso de preparación para el parto, remisión al

odontólogo y la adopción de una conducta en caso de alteraciones del peso materno o de la altura uterina, se registraron entre un 25% y un 70%.

Las variables evaluadas en cuanto a la satisfacción de las usuarias fueron calificadas con niveles superiores al 80%. Estas variables consistieron en: percepción del beneficio obtenido, preferencias por el control con el profesional de enfermería, satisfacción con la prestación del servicio. Además, se realizó una evaluación de la infraestructura y dotación de los consultorios, comparando la información recolectada con el formato de evaluación contenido en la Resolución 1043 del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Alcaldía Mayor, 2008), para la habilitación de los servicios de salud. En conclusión, el estudio demuestra que la adherencia de los profesionales de enfermería a la Resolución 412 del 2000 está entre el 70 y 90%.

Para reducir la demanda médica y mejorar la eficacia de la asistencia a los servicios de salud con un costo más bajo, se podría desplazar la prestación de atención primaria a la enfermera. Las enfermeras proporcionan mayor asesoramiento, lo que genera más confianza para resolver inquietudes, consecuentemente se logran niveles más altos de satisfacción de la gestante.

De Monterrosa, Zuleta y Rojas (2006) realizaron un trabajo descriptivo, prospectivo, de corte transversal, que incluyó a 3.365 mujeres de Bogotá, con gestaciones mayores de 24 semanas, entre el 22 de julio de 2004 y el 8 de abril de 2005. Respecto a los cuidados generales que se brindaron durante la gestación, se encontró que el 88,2% (2.968) de las gestantes presentó el carné materno perinatal en la admisión al parto, al 96,3% (3.240)

De las gestantes con control prenatal se les realizó uro análisis para detectar bacteriuria asintomática. Al 98,1% (2.619) de las gestantes con control prenatal se les practicó tamización para sífilis antes de la semana 20, y al 96,5% (1.703) de las gestantes con control prenatal se les prescribió suplementación con hierro y folato.

Respecto a las intervenciones en alteraciones en la gestación, se observó que, de las tres gestantes que presentaron eclampsia, a dos no se les aplicó sulfato de magnesio, esto da un porcentaje de uso del sulfato de magnesio en eclampsia del 33,3%. De las 24 gestantes que presentaron preclamsia severa, 22 recibieron sulfato de magnesio y a 2 no se les administró; esto da un porcentaje de uso del 91,7% en preclamsia severa. De los 30 casos en los que estaba indicada la administración de corticoides, esto es en las mujeres con amenaza de parto pre término entre las semanas 24 a 34, solo el 83,3% (25 gestantes) recibió los corticoides. El estudio presenta como conclusión:

1. Las prácticas relacionadas con cuidados generales durante la gestación alcanzaron un muy buen resultado, se encontró que estas prácticas se realizaban entre el 88,2 y el 98,1%. Es importante enfatizar que la medición de las prácticas de cuidado en el caso de los tamizajes realizados para bacteriuria y sífilis fue el hecho de que se hubieran solicitado las pruebas para la realización de estos exámenes durante el control prenatal; sin embargo, en el estudio no se siguieron las actividades posteriores a la solicitud de las pruebas, como es el hecho de que se completaran los demás procesos tendientes a tratamientos oportunos y adecuados, que son las intervenciones que realmente disminuyen los riesgos. Igual consideración debe hacerse para la práctica de prescribir hierro y folatos, ya que no se midió si se entregaron o si la gestante los tomó, solo se tuvo en cuenta que se prescribieran.

2. El logro de prácticas en alteraciones de la gestación fluctuó entre el 33,3 y 91,7%. Merecen mayor atención la aplicación de sulfato de magnesio en eclampsia y en preclamsia severa, 33,3% y 83,3%, respectivamente, que deben alcanzar el 100%, porque implican la vida de la madre y del feto. Igual atención debe tener el administrar corticoides antenatales en amenaza de parto pre término entre las semanas 24 y 34.

3. La historia clínica materno-perinatal es un instrumento que nos permite valorar los antecedentes y factores de riesgo durante la gestación, permitiendo que la enfermera realice un seguimiento efectivo durante el control prenatal, al llenar e interpretar las casillas de riesgo.

4. Esta investigación nos demuestra la importancia del buen diligenciamiento de la historia clínica perinatal básica para detectar precozmente morbilidad en la gestante.

Promoción del autocuidado durante la gestación Ruiz de Cárdenas, Fajardo y Velandia (2006) realizaron un estudio siguiendo los lineamientos de la investigación metodológica, la cual permite abordar el desarrollo y la validación de instrumentos. El propósito fue determinar las propiedades psicométricas de un instrumento para valorar las prácticas de cuidado que realizan consigo mismas y con el hijo por nacer las mujeres en la etapa prenatal.

Los criterios de inclusión fueron: gestante sin patología asociada que requiera hospitalización, sin discapacidad física o mental, edad gestacional menor a 37 semanas, cualquier edad cronológica. Se aplicó la técnica prueba-reprueba, en la que se emplea dos veces el instrumento a la muestra seleccionada utilizando la entrevista individual como técnica de recolección de la información.

Los datos fueron clasificados en las categorías:

-Mala práctica: gestantes que realizan menos actividades para cuidarse y podrían estar más expuestas a situaciones de enfermedad, con menor posibilidad de beneficios para ella y su hijo por nacer.

-Regular práctica: gestantes que realizan algunas prácticas para cuidarse y están medianamente expuestas a situaciones de enfermedad, y con menor posibilidad de beneficios para ella y su hijo por nacer.

-Buena práctica: gestantes que realizan más actividades para cuidarse y se espera que estén expuestas a menos situaciones de enfermedad, y con beneficios para ella y su hijo por nacer.

Para medir las prácticas de cuidado se establecieron tres categorías y sus correspondientes criterios, teniendo en cuenta los puntajes de la escala de medición: 0-20: mala práctica; 21-41: regular práctica, y de 42-62: buena práctica.

En la validez de criterio se tomó como criterio externo la revisión de la evidencia científica existente sobre las seis dimensiones que tiene el instrumento: actividad física, estimulación prenatal, alimentación, consumo de sustancias no beneficiosas, cuidado e higiene personal y sistemas de apoyo. La validez de contenido fue evaluada por un grupo de nueve expertos en el tema de estudio.

La estabilidad se midió a través del coeficiente de correlación de Pearson, y presentó una correlación general de 0,8, y la de las diferentes dimensiones osciló entre 0,5 y 0,8.

El instrumento “Prácticas de cuidado que realizan consigo mismas y con el hijo por nacer las mujeres en la etapa prenatal” ofrece una información válida de las prácticas de cuidado de las gestantes en diferentes contextos culturales, permitiendo conocer cuáles prácticas son similares y cuáles son diferentes; de esta manera, se comprende que los cuidados de las gestantes deben tener directrices particulares, de acuerdo con los contextos culturales.

Ejercicio y descanso Solo el 24,84% de las gestantes adultas y el 18,56% de las gestantes adolescentes tienen buenas prácticas en cuanto al ejercicio y al descanso; la falta de descanso y el ejercicio excesivo, o lo contrario, vida sedentaria y poco ejercicio, se pueden relacionar con complicaciones durante el embarazo y el parto.

Las gestantes adultas y el 74,23% de las adolescentes tienen buenas prácticas de higiene y cuidados personales. Sin embargo, existe un porcentaje menor de adolescentes (25,77%) y adultas (11,11%) que tienen hábitos regulares y malos.

Para el caso de las adolescentes fue llamativo que solo el 39,18% de ellas consumían verduras siempre y el 21,65% consumían frutas siempre. Mientras tanto, el 62,75% y el 45,75% de las gestantes adultas consumían siempre verduras y frutas, respectivamente.

Sistemas de apoyo El 82,35% de las gestantes adultas manifestaron tener buenas prácticas, superior al 73,20% de las adolescentes que expresaron lo mismo. Entre tanto, es mayor el número de gestantes adolescentes con prácticas regulares en este componente (37,11%) que el de gestantes adultas (16,78%), lo que evidencia que, a mayor edad, más sólidos son los sistemas de apoyo social con los que cuenta la gestante.

#### Dominio 1. Protección a la madre

Las gestantes adolescentes son receptivas a los cuidados que les enseñan los profesionales de la salud, muestran interés por realizar actividades que favorezcan aspectos positivos en su gestación. Se ha observado un cambio en la realización de sus actividades cotidianas, por ejemplo, evitar hacer fuerzas innecesarias, sobre todo en los oficios de la casa, ya que de acuerdo con las experiencias familiares, el uso excesivo de fuerzas podría provocar un aborto o un parto pretermino.

#### Dominio 2. Protección al bebé

Proteger al bebé es la gran prioridad de toda madre, y en el caso de las gestantes adolescentes no es la excepción; por tal motivo, siempre buscan asesoría sobre los alimentos, la ropa y sobre todo, respecto a las actividades que les permiten desarrollar la estimulación intrauterina del bebé.

#### Dominio 3. Cuidarse en la alimentación

Para las gestantes adolescentes, cuidar la alimentación significa consumir un desayuno balanceado, ya que es el primer alimento que se ingiere en el día, por tal motivo debe ser el más completo, porque proporciona las energías y las vitaminas necesarias para las actividades diarias.

#### Dominio 4. Prepararse para el día del parto.

En este periodo la abuela de la familia desempeña un papel muy importante, es la mujer que conoce muy bien los beneficios de la botánica y con su experiencia de vida ha logrado evaluar su efectividad.

## **8.7 Causas de intervención quirúrgica (Cesárea).**

La indicación para realizar una operación cesárea puede ser por causas: Maternas, Fetales o Mixtas.

A) Causas maternas: Distocia de partes óseas (desproporción cefalopélvica): - Estrechez pélvica. - Pelvis asimétrica o deformada. - Tumores óseos de la pelvis. Distocia de partes blandas: - Malformaciones congénitas. - Tumores del cuerpo o segmento uterino, cérvix, vagina y vulva que obstruyen el conducto del parto. - Cirugía previa del segmento y/o cuerpo uterino, incluyendo operaciones cesáreas previas. - Cirugía previa del cérvix, vagina y vulva que interfiere con el progreso adecuado del trabajo del parto. Distocia de la contracción. - Hemorragia (placenta previa o desprendimiento prematuro de la placenta normo inserta) - Patología materna incluyendo nefropatías, cardiopatías, hipertensión arterial o diabetes mellitus, etc.

B) Causas fetales: -Macrosomía fetal que condiciona desproporción cefalopélvica. Cesárea Segura 16. -Alteraciones de la situación, presentación o actitud fetal. - Prolapso de cordón umbilical. -Sufrimiento fetal. -Malformaciones fetales incompatibles con el parto.- Embarazo prolongado con contraindicación para parto vaginal. -Cesárea posmortem

C) Causas mixtas: -Síndrome de desproporción cefalopélvica, -Pre eclampsia/eclampsia Embarazo múltiple. -Infección amniótica. -Isoinmunización materno-fetal

## **9. Conclusión.**

El control prenatal representa una estrategia básica que permite identificar factores de riesgo y alteraciones fisiológicas en toda paciente gestante. El efecto social de este programa implementado durante el servicio social comunitario radica en que las mujeres embarazadas de la comunidad hicieron conciencia sobre el hecho de que no pueden delegar el cuidado de su salud al médico o a las autoridades, sino que deben ser corresponsables en la educación, prevención y tratamiento de la gestación y sus posibles complicaciones.

El control prenatal es la estrategia respaldada por los organismos internacionales para brindar atención adecuada a la gestante y disminuir la morbilidad y la mortalidad de madres y niños. Sus objetivos y atributos están claramente planteados, pero poco se ha profundizado en el conocimiento de cómo estos esfuerzos se materializan en acciones en el escenario real de la atención.

Ahora bien, a pesar de que el control prenatal es una prioridad en todos los planes y programas de salud, no todas las mujeres asisten, y quienes lo hacen, muestran insatisfacción con el servicio. Esto se debe a ciertos factores individuales y barreras de acceso a los servicios, los cuales han sido poco estudiados, e incluyen barreras estructurales evidenciadas por la diferencia de acceso según el estrato socioeconómico.

De igual manera, dada la complejidad del control prenatal, es difícil evaluar todos sus atributos a la vez. Por esto, la propuesta es iniciar la investigación desde la percepción de las embarazadas, sus necesidades y expectativas con respecto al control prenatal; preferiblemente, realizar estudios poblacionales que permitan evaluar estrategias eficaces para mejorar la adherencia al control prenatal, con énfasis en la prevención y que involucren la participación de la comunidad. Esto daría algunas pistas para diseñar y evaluar programas exitosos a nivel comunitario; y también permitiría evaluar la adherencia de los trabajadores de la salud, las instituciones que prestan los servicios y la participación de la comunidad. Además, se debe tener en cuenta que el control prenatal por sí solo no es suficiente para reducir la morbilidad y la mortalidad, ya que no siempre se pueden predecir ciertas complicaciones del parto y puerperio, por lo cual es necesario que los servicios de salud estén preparados para brindar cuidados obstétricos de emergencia de alta calidad.

Finalmente, esperamos que ésta sea una invitación a una reflexión profunda, fundamentada y ética sobre el papel de los profesionales, los servicios de salud y la comunidad en la adherencia y evaluación del control prenatal, con miras a fortalecer la toma de decisiones con la mejor evidencia posible en bien de las gestantes y nuestros niños.

## 10. Bibliografía.

### 10.1 Básica.

1. Mauricio García Fabián. “Los determinantes de la calidad de la atención en salud: el caso del control prenatal”. Coyuntura Económica, Vol. XXXIX, No. 2, segundo semestre de 2009, pp. 61-97. Fedesarrollo, Bogotá – Colombia.
2. Lomuto Celia, Schwarcz Ricardo, Uranga Alfredo, et al. “El cuidado prenatal guía para la práctica del cuidado preconcepcional y del control prenatal”. Ministerio de Salud de la Nación 2001.
3. Guiza- Salazar Ingrid Johana, Mora- Merchan Mayra Alejandra, Moya-Plata Delia.” Ingreso temprano al control prenatal en una unidad materno-infantil”. Cuidarte Revista de Investigación Programa de Enfermería UDES. 21 de septiembre de 2010.
4. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. “Estrategia integral para acelerar la reducción de la mortalidad materna en México”.
5. Martínez, PC. , Ramos Frausto, VM, Rico Venegas, RM. Control prenatal vs resultado obstétrico perinatal. Revista electrónica bimestral de enfermería. Núm. 27. Julio 2012. Pp. 397-407.
6. Bronfman-Pertzovsky M, López-Moreno S, Magis-Rodríguez C. , Moreno Altamirano A. “Atención prenatal en el primer nivel de atención: características de los proveedores que influyen en la satisfacción de las usuarias.” Salud Publica Mex. 2003; 45: 445-454.
7. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.
8. Guía de práctica clínica del IMSS. “Control prenatal con enfoque de riesgo.” Julio 2009.
9. Carroli G , Khan Neelofur D , Gülmezoglu M , Piaggio G, Villar J. “Patrones de control prenatal de rutina para embarazos de bajo riesgo (Revisión)”. The Cochrane. Library Número 4, 2007.
10. Buekens P., Hernandez P., Infante C. “La atención prenatal en America Latina.” Salud Pública. Mex 1990; 32: 673-684.

11. Aguilar Barradas M.R, Caballero Leal L. A., Guevara Arenas J. Mortalidad perinatal hospitalaria y su relación con la calidad de la atención prenatal. Revista Médica del IMSS. Vol. 43, núm. 2, marzo-abril 2005.
12. Hernandez Leyva B., Trejo y Pérez J.A., et al. "Guía clínica para la atención prenatal". Revista Médica del IMSS. Vol. 41. Supl. 1. 2003
13. Briones Garduño J.C., Meneses Calderon J. et al., "Control prenatal en el medio rural". Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM. Vol. 51, núm. 5. Septiembre octubre, 2008.
14. Garza Elizondo M.E., Nuñez rocha G. et al, "Costo de la atención prenatal: Instituto Mexicano del Seguro Social. Revista Chilena Obstetricia Ginecología. Vol. 72, núm. 5, pp. 298- 303. 2007
15. García Peña MC, Martínez González L., Reyes-Fausto S. Utilización adecuada de la atención prenatal en el Instituto Mexicano del Seguro Social". Salud Pública Mex 1996. Vol. 38. Núm. 5. pp. 341-351.
16. Beltrán Avendaño M.A. Ortiz Serrano R. "Modelo de atención prenatal de bajo riesgo." MED UNAB. Vol. 8. Núm. 2. Agosto 2005.
17. Tipiani Oswaldo, Tomatis Cristina. "El Control Prenatal y el desenlace materno perinatal". Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. Vol.52. No. 4. Octubre-noviembre 2006. Págs. 247-252.
18. Mortalidad materna en 2005. Estimaciones elaboradas por la OMS, el UNICEF, el UNFAP y el BANCO MUNDIAL". Organización Mundial de la Salud, 2008
19. Caceres-Manrique Flor de María. "El control prenatal: Una reflexión urgente". Revista Colombiana de Ginecología y Obstetricia. Vol. 60. Núm. 2. 2009. (165-170).
20. Del Valle García Nancy, Del Valle Llagostera Juan Guillermo, Plascencia Asorey Carolina, et al. "Calidad de la atención prenatal en el área de Mella". MEDISAN 2010;14(5):641.
21. Olinto María Terea, G. Bassani. Diego, J. Surkan Pamela. "Uso inadecuado de los servicios prenatales entre las brasileñas: el rol de las características maternas". Perspectivas Internacionales en Salud Sexual y Reproductiva, número especial de 2010, pp.10–15.

22. Bobadilla Renato, Calzado Jaime, Luzuriaga Iris, et al “Ética en el control perinatal en relación a mortalidad materna en el Perú, 2007 “Revista ANACEM. Vol. 6. No. 1, 2012. Pp. 23-28
23. Belitsky Rubén, De Mucio Bremen, Delgado Luis R., et al. “Salud reproductiva materna perinatal. Atención prenatal y del parto de bajo riesgo”. Centro de Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la salud. Publicación científica CLAP No. 1321.01.
24. “Recomendaciones generales para mejorar la calidad de la atención obstétrica. Comisión nacional de arbitraje médico”. Comisión Nacional de Arbitraje Médico.
25. Aguilar Ruiz C.M., Estrada Arévalo A.R. , Mariaca Méndez R. et al. “Morbilidad percibida y atención prenatal en mujeres marginadas de Chiapas, México”.
26. Adamson, P., y Glen, W., en colaboración con UNICEF, OMS y la UNESCO, título original Factsforlife. Adaptación al español Camacho Solís Rafael y Muñoz Cota (1990). Con la participación de Instituciones Nacionales de Salud y UNICEF México. Para la vida. Un reto de comunicación. Secretaria de salud. México.
27. Ahued, J.R., Fernández, C., y Bailón, R., (2003). Ginecología y obstetricia aplicadas. México D.F. Editorial Manual Moderno.
28. Albarrán, M. y Escobar, G., (2009). Metodología de la investigación: el conocimiento, la ciencia y el proceso de la investigación. México. Editorial Patria.
29. Álvarez, J.L., (2009). Como hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología. México. Editorial Paidós de Ecuador.
30. Bernal, C. A., (2010). Metodología de la investigación. México. Editorial Pearson Educación de Colombia.
31. Botero, J., Jubiz, A., y Heano, G., (2004). Texto integrado. Obstetricia y Ginecología. Séptima edición. Colombia. Editorial Manual Moderno.
32. Cabero, L., (2005). Aspectos médico-legales en la asistencia al parto. Madrid, España. Editorial Médica Panamericana, S.A.
33. Cascajares, L., Chavero, E., De Lachica, V., Larios, E., y Ruelas, G., (1974). Compendio de Anatomía, Fisiología e Higiene. Sexta edición. México. Editorial. Eclalsa.

34. Castelo, C., (2005). Sexualidad humana, una aproximación integral. Madrid, España. Editorial Médica Panamericana.
35. Cloherty, J., Eichenwald, E. y Stark, A., (2005). Manual de cuidados neonatales. Barcelona, España. Editorial MASSON S.A.

## **10.2 complementaria.**

1. Lowenberg E. Identificación del riesgo en el primer nivel. Memorias de Obstetricia y perinatología en el primer nivel de atención médica. Asociación de Ginecología y Obstetricia, México D.F. 1989; 14 –18.
2. Alfaro N, Prado C. El control prenatal inadecuado como factor de riesgo de muerte fetal tardía. Perinatol. Reprod. Hum. 1995; 9:65-70.
3. Donalson P. The impact of prenatal care on birth weight. Evidence from international data set . Medical Care 1984; 9:65-70.
4. Jasis M, Rodriguez A. Salud prenatal, creencias tradicionales mexicanas. Un estudio de caso. Salud fronteriza. 1985; 14-22.
5. Poland ML; Ager JW, Olson JM. Barriers to receiving adequate prenatal care. AM J Obstet Gynecol.1987;157:297-303.
6. Secretaria de Salud. Norma Oficial Mexicana para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. 1994. 28 págs.
7. Anastasi A. Test psicológicos. Madrid: Edit Aguilar. 1992. 485- 509.
8. Polit D. Investigación científica en ciencias de la salud. México: Edit Interamericana. 1987. 300- 316.
9. Kerlinger F. Medición del comportamiento. México: Edit. McGraw Hill. 1989.408 págs.
10. Valadez I. Construcción de un instrumento de medición de conocimientos actitudes y comportamientos en relación a la atención prenatal. Tesis doctoral en Ciencias Socio médicas. Universidad de Guadalajara. 1997.
11. Silva LC. Muestreo para la investigación en ciencias de la salud. Madrid: Edit Díaz de Santos. 1993. 103-107.
12. Instituto Mexicano del Seguro Social. Programa de atención del puerperio de bajo riesgo. Subdirección Médica. Jefatura de Hospitales. México. 1985. 25 págs.

13. Secretaría de Salud idem
14. Germani G, Ferrera H. Medicina de la comunidad. Argentina: Edit Intermédica 1985. 207-310.
15. Kleinbaum DG, Kupper WL. Validity general considerations En: Epidemiology research, principios methods. Nueva York. Edit Van Nostrand Reinhold. 1988. 183- 190.
16. StClair P, Smeriglio VL, Alexander CS, Celentano DD. Social network structure and prenatal care utilization. Med Care 1989; 27:823-832.
17. Buekens P, Kotelchuck M, Blondel B, Borlumn KF, Chen Hj, Masy- Stroobbant. A comparison of prenatal care use in the United States and Europe. Am J Public Health 1993; 83:31-36.
18. Buekens P, Hernández P, Infante C. La atención prenatal en América Latina. Salud Pública de México 1990; 1:36-49.
19. Showstack JA, Budetti PP, Minkler D. Factors associated with birthweigh: AN exploration of roles of perinatal care and length of gestation. Am J Public Health 1984;74:1003-1008.
20. Bobadilla JL, Quality of perinatal medical care in México city. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, serie perspectivas en Salud Pública, 1988; 3:138- 139.
21. Lasch C. Refugio en un mundo despiadado; la familia santuario o institución asediada. España : Ed Gedisa, 1984:239-250.
22. Poder Ejecutivo Federal. Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000. México.
23. Armas DL, Shor PV, Mac GC, Karchmer KS. Factores socioeconómicos en el embarazo de alto riesgo. Ginecol. Obstet. Mex 1997; 41: 369-382.
24. Sable RR, Stockbaver JW; Shramm WF, Land GH. Differentiating the barriers to adequate prenatal care in Missouri ,1987- 1988. Public Health Rep 1990; 105: 549–555.
25. SSA. Encuesta Nacional de Salud México, Secretaría de Salud, 1998.
26. SSA. Encuesta Nacional sobre fecundidad y Salud. México, Secretaría de Salud , 1989.
27. Joan P, Cooney MA. What determines the star of prenatal care. Prenatal insurance and education. Med Care. 1985;23:986-997.
28. Salinas AM, Martinez C, Pérez J. Percepción de sintomatología común durante el embarazo, puerperio y lactancia. Salud Pública México 1991; 33 :248 –258.

29. Ruiz JR, Martinez R. Necesidades y expectativas de la mujer durante el embarazo y parto.

### 10.3 Electrónica.

1. Annals of Internal Medicine. Clinical Guidelines. Folic Acid for the Prevention of Neural Tube Defects: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Mayo 2009; 105: 626-631.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19414842>.

2. CDC Issues Guidelines for Preconception Care of Women CME/CE News Author: Laurie Barclay, MD. CME Author: Charles Vega, MD, FAAFP Release Date: March 12, 2007.

<https://login.medscape.com/login/sso/getlogin?urlCache=aHR0cHM6Ly93d3cubWVkc2NhcGUub3JnL3ZpZXdhcnRpY2xlLzU1MzQ1Nw==&ac=401>.

5. Family-Centred Maternity and Newborn Care: National Guidelines; Preconception Care.

[https://www.jogc.com/article/S1701-2163\(16\)34774-0/pdf](https://www.jogc.com/article/S1701-2163(16)34774-0/pdf).

6. Genetic Considerations for a Woman's Pre-conception Evaluation, No. 253, January 2011  
Obstet Gynaecol Can 2011;33(1):57-64.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29032069>.

7. Institute for Clinical Systems Improvement; Health Care Guideline: Routine Prenatal Care; Twelfth Edition; August 2008.

<https://www.bmchp.org/~media/23e81f82425240699b6a73c9582fc84c.pdf>

8. Ministerio de Salud de la Nación, Consejerías en Salud Sexual y Salud Reproductiva. Propuesta de diseño, organización e implementación. Documento de trabajo. Septiembre 2010.

<http://iah.salud.gob.ar/doc/Documento190.pdf>

9. Ministerio de Salud de la Nación, Métodos Anticonceptivos. Guía práctica para profesionales de la salud. Marzo 2012.

<http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000589cnt-metodos-anticonceptivos-guia-practica-profesionales-salud.pdf>

10. Proceedings of the Preconception Health and Health Care Clinical, Public Health, and Consumer Workgroup Meetings. Atlanta, Georgia June 27–28, 2008 Public Health Agency of Canada.

<https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5506a1.htm>

## **11. Glosario.**

### **A.**

Aborto.

Se denomina aborto a la pérdida del feto o bebé que se estaba esperando. Se produce un aborto espontáneo cuando la pérdida del feto se produce antes de la semana 20. A partir de esta semana, se denomina parto prematuro. El aborto natural suele darse entre las semanas 6 y 8 de embarazo y su síntoma más evidente es la hemorragia vaginal. Normalmente sucede por alguna anomalía cromosómica en el feto.

Ácido fólico.

Vitamina esencial durante el embarazo, responsable en gran medida del crecimiento de las células del feto y la producción del ADN. También se le conoce como vitamina B9, y participa en la producción de tejidos y órganos del bebé. El consumo adecuado de ácido fólico antes del embarazo y durante la gestación, disminuye el riesgo de parto prematuro, defectos neuronales, de columna vertebral o del labio del bebé. Su déficit durante la gestación puede producir espina bífida, labio leporino o anencefalia.

Alumbramiento.

Se denomina alumbramiento a la fase final del parto, cuando por fin, después de haber ayudado al bebé a nacer, se expulsa la placenta. Esto suele ocurrir minutos después del expulsivo. La placenta es el órgano encargado de alimentar y proteger al bebé durante los nueve meses de embarazo. Encargada de ofrecer todos los nutrientes necesarios y mantener alejado al feto de bacterias y gérmenes.

Amniocentesis.

Prueba prenatal que consiste en la extracción de una pequeña muestra de líquido amniótico. Normalmente se realiza en torno a la semana 20 de embarazo. Su finalidad es detectar posibles defectos congénitos o anomalías en el bebé, como es el Síndrome de Down, enfermedades neurológicas o metabólicas. La muestra de líquido amniótico se extrae insertando una aguja muy fina en el útero a través del abdomen. La fiabilidad de los resultados es de más del 99%.

Amnioscopia.

Prueba que se realiza en las últimas semanas de embarazo, cuando el feto ya tiene la cabeza encajada en la pelvis de la madre. Consiste en introducir un tubo hueco a través de la vagina para observar el estado del líquido amniótico. Si el líquido no es transparente, sino amarillo, marrón o verde, puede ser indicativo de presencia de meconio, y supone un riesgo para el bebé. El ginecólogo debe decidir si inducir o no el parto.

Anestesia epidural.

Anestesia aplicada sólo en la parte inferior del cuerpo, de cintura para abajo, con la finalidad de mitigar los dolores de las contracciones y del expulsivo del parto. La aplica un anestesista especializado mediante una punción en la zona lumbar. Para ello, utiliza una aguja muy larga y gruesa que se infiltra en una zona de la columna vertebral. En el espacio abierto se introduce un catéter para ir administrando y controlando la anestesia durante todo el parto.

Ansiedad.

Los cambios hormonales durante la gestación pueden producir ansiedad en la embarazada. Es ese miedo, estrés y nerviosismo que afecta a la futura madre sobre todo cuando la fecha del parto se aproxima. La actividad física moderada y los ejercicios de relajación ayudan a combatir la ansiedad durante el embarazo.

Antojos.

Se conocen coloquialmente como antojos, y no son otra cosa que caprichos de la embarazada por un alimento concreto o 'necesidad de satisfacción urgente' de la mujer gestante ante alguna carencia relacionada con un alimento. Puede ser por un sabor, o una mezcla de comidas. El antojo se debe o bien a los cambios hormonales que se producen durante la gestación o ante la necesidad de suplir una carencia nutricional.

Ardor de estomacal.

Es una de las molestias más típicas de las embarazadas durante la gestación. Se produce sobre todo en las últimas semanas, al final del embarazo. No es otra cosa que la sensación de sentir los jugos gástricos en el esófago de forma constante. Se produce por el desplazamiento del estómago hacia arriba por culpa del crecimiento del útero.

Areola.

La areola es la parte oscura del pecho que rodea al pezón. Durante el embarazo, la areola se agranda y oscurece aún más. Las matronas la denominan 'segunda areola'. El objetivo de

este cambio es llamar la atención del recién nacido para favorecer así la lactancia materna en cuanto el bebé nace.

Anidamiento.

Es la implantación o fijación del embrión al endometrio, esa mullida capa que recubre el útero por dentro. El óvulo, ya fecundado, llega al útero aproximadamente cuatro días después de que el espermatozoide consiguiera fecundar al óvulo. Dos días después de la llegada al útero, el 'cascarón' del óvulo se rompe y el embrión se pega al endometrio.

## **B.**

Baby blues.

Es un término anglosajón con el que también se conoce a la depresión posparto en una fase leve. La causa es el brusco descenso hormonal tras el parto. La recién estrenada mamá experimenta una serie de sentimientos contradictorios relacionados con el miedo, la inseguridad, la tristeza o incluso el rechazo del bebé. Se produce en los 3-7 primeros días tras dar a luz y suele ser pasajero.

Baby shower.

Reunión de la embarazada con familiares, amigas y amigos antes de que nazca el niño. Se trata de una fiesta o reunión en casa de la futura mamá para celebrar el cercano nacimiento del bebé. Los invitados llevan un regalo a la embarazada o al pequeño que viene en camino. Este tipo de celebraciones pre nacimiento del bebé son muy comunes en países como Estados Unidos o Gran Bretaña.

Barriga de la embarazada.

Durante el embarazo, la barriga de la embarazada evoluciona y crece de forma proporcional al crecimiento del bebé dentro del útero. La barriga puede llegar a medir hasta 40 centímetros en el noveno mes de embarazo.

Bebé.

El bebé evoluciona de forma asombrosa durante los nueve meses de embarazo. Desde crear las primeras células y tejidos que formarán los órganos hasta lograr los primeros movimientos de las articulaciones, el desarrollo del sentido de oído y el olfato y las primeras conexiones neuronales. Cuando el bebé tiene todos sus órganos formados, ya está preparado para nacer. Esto sucede, normalmente, entre las semanas 37 y 42.

Biopsia de Corion.

La biopsia corial es una prueba prenatal que consiste en extraer una muestra de tejido uterino para comprobar o detectar si existen determinadas enfermedades genéticas o malformación en fetos con muchas posibilidades de tenerlas. Es una prueba invasiva pero muy fiable. Se realiza entre las semanas 11 y 13 de embarazo. La muestra se recoge o bien mediante punción atravesando la pared abdominal o a través de la vagina y el cuello uterino.

Bolsa amniótica.

La bolsa de aguas es la bolsa que recubre y contiene el líquido amniótico, ese líquido que protege al bebé de golpes y le permite estar seguro en un estado de ingravidez y una temperatura constante. En el momento del parto, la bolsa se abre y el líquido amniótico se expulsa al exterior. El término 'romper aguas' se refiere precisamente a este momento. Sin embargo, no siempre se rompe la bolsa de aguas en el momento del parto.

Bradycardia fetal.

Se produce bradicardia fetal cuando los latidos del corazón del bebé disminuyen de forma alarmante. A esto también se le conoce como 'sufrimiento fetal'. El ginecólogo decidirá si acelerar el parto o provocar una cesárea de urgencia. Entre las causas de bradicardia fetal están la vuelta de cordón, la placenta previa o la presencia de meconio en el líquido amniótico.

## **C.**

Calambres.

Los calambres son 'pinchazos' en las articulaciones que se dan, sobre todo, por la noche. En realidad son contracciones involuntarias de uno o varios músculos, aunque los calambres más comunes se dan en el gemelo. El calambre es una de las molestias asociadas con el embarazo y relacionadas con el cambio en el sistema circulatorio de la embarazada. Se acentúan en el tercer trimestre y están relacionados con la fatiga muscular.

Calostro.

El calostro es la primera leche materna que consume el bebé. Empieza a producirse en las últimas semanas de embarazo y será el primer alimento que tome el recién nacido en los primeros días tras el parto. El calostro contiene de forma concentrada los mejores nutrientes para el bebé. Es de un color amarillento oscuro y denso. Al calostro le seguirá la leche materna.

Canal de parto.

Conducto por donde saldrá el bebé durante el parto. Va desde la parte superior de la pelvis al orificio vaginal, e incluye también el útero y el cuello uterino. En el momento en el que la cabeza del bebé se encaja en la pelvis de la embarazada, está preparado para atravesar el canal de parto.

Cesárea.

El parto por cesárea es un parto intervenido quirúrgicamente. El ginecólogo realiza una incisión en la parte inferior del abdomen y en el útero de la mujer para sacar al bebé. Normalmente este tipo de intervención está reservada para partos de urgencia, por sufrimiento fetal, riesgo para el bebé o la embarazada o la no progresión de la dilatación. Generalmente se realiza con anestesia epidural.

Ciática.

Dolor situado en la zona lumbar que se produce por el pinzamiento del nervio ciático. La ciática y la lumbalgia son molestias muy comunes entre las embarazadas, y se produce por el aumento de peso del útero y el desplazamiento de los órganos internos. Además, la posición del útero y el bebé hace que el centro de gravedad de la embarazada cambie. La embarazada curva más la espalda y a la larga ésto le produce dolores en la parte inferior lumbar.

Ciclo menstrual.

Ciclo de fertilidad de la mujer que se produce cada 28 días. Durante este periodo, los ovarios expulsan un óvulo y lo depositan en la trompa de falopio (esto tiene lugar en los primeros 14 días del ciclo). Si los espermatozoides no consiguen fecundarle, o no existen relaciones sexuales durante este ciclo, el óvulo muere y es expulsado en forma de hemorragia vaginal que dura entre 4 y 7 días aproximadamente.

Cigoto.

Es la célula resultante de la unión del espermatozoide y el óvulo tras la fecundación. Durante los primeros días, esta célula se divide en varias. El cigoto será la célula a partir de la cual se desarrolle una nueva vida. Esta célula ya incluye toda la carga genética y los cromosomas que determinarán las características fundamentales del futuro bebé.

CIR (Crecimiento Intrauterino Retardado).

Término que se utiliza para decir que el bebé se desarrolla de forma más lenta de lo normal durante el embarazo. Esto se debe a algún problema con el funcionamiento de la placenta. El bebé no recibe todos los nutrientes necesarios para su desarrollo. Los bebés con este problema, suelen nacer con bajo peso.

Cistitis.

Se trata de una infección urinaria producida por bacterias. Los principales síntomas son el picor, la irritación y escozor y una constante necesidad en la embarazada de orinar. La cistitis afecta a la vejiga y se debe tratar con antibióticos para que no llegue a afectar al bebé. La forma más grave de cistitis es la que afecta a los riñones. En este caso el diagnóstico es de pielonefritis.

Citología.

La citología es una prueba ginecológica sencilla que consiste en la extracción de una muestra de tejido del cuello uterino para analizarla y descartar la presencia de células cancerígenas. Durante el embarazo, se realiza en el primer trimestre.

Cloasma.

Son manchas oscuras que aparecen en el rostro de la embarazada durante la gestación. No presenta ningún riesgo para la salud de la mujer pero sí se convierte en un problema estético. Aparece sobre todo en frente, pómulos y labio superior y también se le conoce como melasma. La principal causa es la alteración hormonal.

Concepción.

Se conoce como concepción al momento de fecundación del óvulo. Es el instante en el que el espermatozoide consigue introducirse en el óvulo y fecundarlo, creando desde ese mismo momento una nueva vida.

Contracciones.

Las contracciones son 'calambres' más o menos intensos que la embarazada siente en la zona del útero, y que sirven para debilitar las paredes del útero y preparar al bebé para el momento del parto. También se presentan como un 'endurecimiento' de la tripa. Las primeras contracciones que sentirá la embarazada son las de Braxton Hicks. Éstas se producen al final del segundo trimestre de embarazo y sirven para preparar al útero para el parto. Las

contracciones de parto son más intensas, frecuentes, rítmicas y se notan en la zona superior del útero. Su finalidad es empujar al bebé para que nazca.

Cordón umbilical.

Estructura tubular que une la placenta con el feto. Está formado por dos arterias y una vena por donde circula la sangre, el alimento y el oxígeno entre la madre y el bebé. Se forma en la quinta semana de gestación y va evolucionando a lo largo del embarazo.

Crecimiento Intrauterino Retardado (CIR).

Se conoce con estas siglas, CIR, al Crecimiento Retardado Intrauterino. Esto es una alteración en el crecimiento del feto durante el embarazo. Las consecuencias pueden ser múltiples: desde un parto prematuro hasta algunos problemas de aprendizaje en el bebé o incluso, retraso mental.

Cuarentena.

Momento refractario tras el parto durante el cual los órganos de la mujer vuelven a su posición original y el cuerpo se recupera del esfuerzo del parto y los cambios sufridos en el embarazo. Se llama cuarentena porque suele durar cuarenta días, aunque todo depende de cada mujer. Durante este periodo se produce una hemorragia vaginal que puede durar más de cuarenta días, entuertos (contracciones uterinas) y una serie de cambios físicos y emocionales.

Cuello uterino.

Es la parte baja del útero o matriz. Corresponde a un estrechamiento del útero y se localiza en la parte superior de la vagina. Permite que el semen llegue hasta el útero y forma parte del canal de parto para el bebé.

## **D.**

Depresión posparto

Estado de ánimo prolongado de tristeza asociado con los días posteriores al parto. La madre siente rechazo hacia su hijo, inseguridad, miedo, ansiedad, fatiga, insomnio y pérdida de apetito. Puede durar desde una semana hasta varios meses. La depresión posparto, si es prolongada, precisa un tratamiento médico, ya que puede afectar al bebé.

## Desprendimiento de la placenta

La placenta no debe desprenderse hasta el momento del alumbramiento. Cuando se produce un desprendimiento repentino y prematuro de la placenta antes del parto, se produce una situación de riesgo para el bebé que precisa una intervención inmediata del ginecólogo. Entre las causas está un golpe o traumatismo en la zona baja del abdomen, sustancias como el alcohol o las drogas o factores como la hipertensión o la diabetes.

## Diabetes gestacional.

Algunas embarazadas presentan de forma puntual durante la gestación un elevado índice de azúcar en sangre. A esto se le conoce como diabetes gestacional. Se detecta en un análisis de glucosa que se realiza en la semana 28 de embarazo. La diabetes gestacional obliga a vigilar el embarazo de forma especial, porque es un factor de riesgo. Suele desaparecer tras el parto.

## Días fértiles.

El ciclo menstrual de la mujer dura 28 días, pero de todos ellos sólo entre 4 y 7 son días fértiles. Son los días de ovulación. Corresponden a los días que van desde el día 10 al día 17 del ciclo menstrual. El día de máxima fertilidad sería el día 14 desde el comienzo del ciclo menstrual.

## Dilatación.

Fase del parto de ensanchamiento del cuello uterino para permitir el paso del bebé por el canal de parto. Hasta que el cuello del útero no alcance los diez centímetros de dilatación, el bebé no podrá salir al exterior. Las contracciones ayudan a la dilatación del cuello del útero y empujan al bebé por el canal de parto.

## Distensión abdominal.

A partir del tercer mes de embarazo, la gestante puede sentir una molesta hinchazón abdominal. Esto se debe a la presión que el útero ejerce sobre el estómago y sobre el intestino. La distensión abdominal es, pues, la hinchazón e inflamación del vientre. Entre las causas principales: exceso de gases, retención de líquidos y síndrome de colon irritable.

## Dolor de espalda.

La mayor parte de embarazadas sufren dolor de espalda, sobre todo en el último trimestre de embarazo. La causa es el aumento de peso del útero, el cambio del centro de gravedad

y el mayor arqueamiento de la espalda. Para evitar que la molestia vaya a más, es recomendable realizar ejercicios específicos para la zona lumbar.

Doppler.

Ecografía de última generación que permite ver la cantidad de fluido que circula por las venas del bebé. Para ello utiliza los ultrasonidos.

Doula.

Son especialistas en la etapa de embarazo y posparto y se presentan como acompañantes de la futura y la recién estrenada madre. No son matronas ni ginecólogas, porque carecen de titulación, pero sí asesoras en temas como las distintas etapas del embarazo, ejercicios de respiración, alivio de molestias asociadas con el embarazo o consejos sobre lactancia y cuidado del recién nacido.

## **E.**

Eclampsia.

Situación de riesgo para la embarazada y el bebé originada por la hipertensión acentuada. La eclampsia es la fase más peligrosa de la preeclampsia. Presenta un cuadro clínico de convulsiones y coma que pueden derivar en la muerte de la madre. Se da en las primeras 24 horas desde el comienzo del parto.

Ecografías.

Pruebas ginecológicas que permiten ver el desarrollo del feto durante el embarazo. Existen ecografías sencillas que se realizan mediante ultrasonidos y ecografías en 3d y 4d cuya definición es superior. Estas ecografías permiten ver incluso el aspecto del futuro bebé, ya que utilizan la imagen tridimensional.

Ejercicios de Kegel.

Ejercicios de contracción vaginal para embarazadas. El objetivo es fortalecer los músculos pélvicos. Se basa en contraer y relajar el músculo del suelo pélvico de forma repetida. El objetivo final es evitar una futura incontinencia urinaria.

Embarazo de riesgo.

Se considera embarazo de riesgo aquel cuya evolución y características aumentan los riesgos para la madre y el bebé. Son embarazos de riesgo los de madres de avanzada edad,

embarazadas con preeclampsia, amenaza de parto prematuro o embarazo múltiple entre otros.

Embarazo ectópico.

El embarazo ectópico se produce cuando el óvulo se implanta fuera del útero. También se le conoce como embarazo extrauterino. El óvulo, en vez de implantarse en el útero, se implanta en la trompa de falopio. Es un embarazo inviable y debe ser interrumpido.

Embarazo múltiple.

Es el embarazo de dos o más embriones, debido a la fecundación de un óvulo por parte de dos o más espermatozoides o de la fecundación de dos o más óvulos al mismo tiempo por distintos espermatozoides. Se trata de un embarazo de riesgo controlado de forma especial desde el principio.

Embarazo prolongado.

Se denomina embarazo tardío aquel que se prolonga más allá de la semana 42. En ese momento, el feto está a término, pero no siempre está dispuesto a salir. Desde ese instante, debe controlarse el embarazo, ya que la calidad de la placenta comienza a disminuir y puede ser un factor de riesgo para el bebé. Además, el bebé puede crecer demasiado, lo que supone un futuro riesgo durante el parto.

Embarazo tardío.

Se denomina embarazo tardío al embarazo de madres de más de 35 años. Se trata, según términos médicos, de embarazadas 'añosas'. A partir de esta edad, los riesgos durante el embarazo aumentan, tanto para la madre como para el bebé. Por esos se consideran embarazos de riesgo y se ejerce un mayor control sobre ellos.

Embrión.

Se denomina embrión a la primera fase de desarrollo del feto, desde que el óvulo se implanta en el útero hasta que se desarrolla el feto. Aproximadamente son las 8 primeras semanas de embarazo.

Endometriosis.

La endometriosis es una de las causas de infertilidad femenina. Se produce por el crecimiento de tejido endometrial fuera del útero (en ovarios, intestinos, vejiga...). Esta

enfermedad benigna afecta a la posibilidad de conseguir el embarazo. Entre sus principales síntomas están las reglas dolorosas y abundantes.

Entuertos.

Son dolores en el vientre de la mujer que se producen después del parto. En realidad son dolores de contracciones necesarias para ayudar al útero a recuperar su forma natural anterior al embarazo. Además sirven para contraer los vasos sanguíneos que quedaron abiertos en el lugar de la placenta. No suelen durar más de una semana.

Epidural.

Anestesia aplicada sólo en la parte inferior del cuerpo, de cintura para abajo, con la finalidad de mitigar los dolores de las contracciones y del expulsivo del parto. La aplica un anestesista especializado mediante una punción en la zona lumbar. Para ello, utiliza una aguja muy larga y gruesa que se infiltra en una zona de la columna vertebral. En el espacio abierto se introduce un catéter para ir administrando y controlando la anestesia durante todo el parto.

Episiotomía.

Se trata de una incisión quirúrgica que se realiza en el momento del expulsivo en la zona perineal de la embarazada para aumentar la apertura y facilitar el paso del bebé por el canal del parto. El objetivo de esta práctica quirúrgica es evitar desgarros en el periné de la mujer. La episiotomía se realiza en un 80% de los partos primerizos.

Espermatozoides.

Células masculinas encargadas de fecundar el óvulo femenino y participar de esta forma en la creación de una nueva vida. La fusión de espermatozoide y óvulo darán lugar a un cigoto que se transformará en embrión y posteriormente en feto. Nueve meses después, la mujer dará a luz a un bebé. El espermatozoide lleva una carga de ADN en 23 cromosomas, que unidos a los 23 cromosomas del óvulo, darán lugar a los 46 que formarán la nueva vida.

Espina Bífida.

La espina bífida se produce por una falta de cierre del canal óseo de la columna vertebral del bebé. Este déficit se produce en los primeros 26 días de gestación. Produce malformaciones como son la hidrocefalia, parálisis de las extremidades, luxación de cadera, malformación en los pies...

## Esterilidad

Mientras que la infertilidad se refiere a las dificultades para lograr el embarazo, la esterilidad es la imposibilidad de conseguir un embarazo. Puede ser esterilidad femenina o masculina. En el caso de las mujeres, se puede dar por ausencia de óvulos o enfermedades hereditarias o infecciosas. En el caso de los hombres, por ausencia de espermatozoides o enfermedades infecciosas que afectaron a su capacidad reproductiva.

## Estreñimiento

Una de las molestias de las embarazadas, sobre todo en la recta final de la gestación, es el estreñimiento o dificultad para defecar. El estreñimiento provoca irritación y nerviosismo. Se considera estreñimiento cuando la embarazada no consigue evacuar durante más de dos días seguidos. Entre las principales causas, la nueva posición del intestino y la presión que el útero ejerce sobre éste.

## Estrías.

Las estrías son marcas o líneas de color blanquecino o amoratado que aparecen en la piel. Parecen cicatrices. Se producen por un cambio de peso. Por eso es muy normal que aparezcan en embarazadas y tras el parto, momento en el que la piel parece 'encogerse' para volver a sus dimensiones anteriores. Son visible sobre todo en pecho, barriga, glúteos o muslos.

## Estrógenos.

Hormonas sexuales femeninas principalmente, que se producen en los ovarios. Durante el embarazo, la placenta también produce estrógenos. Esta hormona afecta al apetito sexual, el endometrio, el desarrollo de las mamas y los propios ovarios. Desarrolla un papel importante en el desarrollo sexual y aparato reproductivo de la mujer.

## Expulsivo.

Fase del parto que define el nacimiento del bebé. Llega tras la fase del parto más larga, la dilatación. Cuando el cuello del útero ya ha alcanzado los 10 centímetros de diámetro, el bebé puede salir por el canal de parto. Suele introducir primero la cabeza, mirando hacia abajo. Una vez que consigue sacar la cabeza y los hombros, el cuerpo pasa sin complicaciones. Ahí finaliza la fase de expulsivo. En algunas mujeres dura apenas unos minutos. En otras, se puede prolongar durante al menos una hora.

## Exudado

El exudado vaginal o vagino-rectal es una de las pruebas ginecológicas más comunes entre las mujeres. Sirve para descartar posibles infecciones vaginales. Durante el embarazo, se realiza en las semanas 35 o 36. Consiste en tomar una muestra con un bastoncillo y el posterior análisis en un laboratorio, que determinará la ausencia de bacterias en la flora vaginal (como los estreptococos), ya que éstas podrían ser peligrosas para el bebé en el momento del parto.

## F.

### Fase lútea

Se trata de la tercera fase del ciclo menstrual. Comienza cuando termina la ovulación y termina el día antes de que el siguiente período menstrual comience. La fase lútea dura entre 12 y 14 días y se caracteriza por la aparición en el ovario, tras la liberación del óvulo, de un tejido de color amarillento que da nombre al cuerpo lúteo.

### Fatiga.

El cansancio es uno de los síntomas del embarazo y acompañará a la embarazada sobre todo, en el primer y tercer trimestre de embarazo. Se debe a la demanda extra de energía que necesita el cuerpo para que el bebé pueda desarrollarse y a la mayor producción de sangre para que al bebé le llegue el oxígeno y nutrientes necesarios.

### Fecundación.

La concepción o fertilización es el momento en el que el óvulo es fecundado por un espermatozoide. A partir de ese momento las células del huevo (cigoto) van a transformarse y comienza su viaje a para llegar al útero donde se irá desarrollando a lo largo de las 40 semanas de gestación.

### Fecundación in vitro.

También conocida como FIV, es una técnica de reproducción asistida para lograr el embarazo que no se consigue por vía natural. Consiste en la extracción de óvulos de la mujer y espermatozoides del hombre para lograr la fertilización fuera del cuerpo humano. La técnica se lleva a cabo en un laboratorio.

Feto.

Se llama así al futuro bebé que nacerá tras 40 semanas de gestación. El óvulo fecundado, denominado cigoto, pasa a denominarse embrión para, a partir de la semana 10 de embarazo convertirse en feto. Durante esta fase el bebé habrá de crecer e ir madurando.

Fórceps.

Se trata de un instrumento que se utiliza durante el parto cuando el bebé no desciende por el canal del parto, la madre ya no puede empujar más o cuando el bebé está mal colocado. Se trata de unas espátulas con el aspecto de dos cucharas con forma de equis que se colocan sobre la cabeza del bebé para poder extraerle durante el parto.

## **G.**

Gemelos.

El embarazo gemelar se conoce también como monocigótico o univitelino. Sucede cuando sólo hay un óvulo fecundado y éste da lugar a un cigoto que posteriormente se divide en dos fetos. Ambos comparten la misma carga genética y son físicamente casi iguales. Suelen compartir bolsa amniótica y placenta.

Gestograma.

Se trata de un pequeño disco que sirve a obstetras y ginecólogos como calculadora del embarazo manual. Se utiliza para conocer cuántas semanas de gestación tiene la mamá embarazada según la fecha de la última regla. También da información sobre la fecha probable de parto.

Ginecólogo obstetra.

Es el especialista que tiene como objetivo atender las necesidades de la mujer a lo largo del embarazo, parto y posparto. Es la persona que se encargará de controlar, vigilar, aconsejar y encargar las diferentes pruebas que habrá de realizarse la mujer durante las 40 semanas de gestación.

Gonadotropina coriónica humana.

Desde el momento de la concepción, el cuerpo de la mujer comienza a producir una hormona llamada hCG (hormona gonadotropina coriónica). Esta hormona permite confirmar el

embarazo a través de un test ya que la cantidad de ella aumenta al menos un 60% por día en las primeras semanas de embarazo. Su presencia es necesaria para la viabilidad del embarazo.

## **H.**

### Hemorroides

También conocidas como almorranas, se producen por la inflamación de pequeñas venas en la zona del recto. Es una molestia común en embarazadas que suelen darse por estreñimiento, obesidad o falta de ejercicio físico. También suelen aparecer durante el parto debido a la fuerza que ejercen las mujeres con los pujos.

### Hernia umbilical.

La hernia es un bulto formado por el deslizamiento de un órgano a través de una abertura de alguna parte del cuerpo humano. La hernia umbilical ocurre cuando el intestino atraviesa la capa del abdomen. Suele ser previa al embarazo y la persona tenerla desde hace años sin saberlo, aunque con el embarazo se hace más palpable.

### Hinchazón.

Aparece generalmente en pies, tobillos y piernas a lo largo del embarazo y suele ser una molestia muy común en embarazadas. Suele darse con más frecuencia hacia el final del embarazo y, aunque resulta incómodo, no reviste gravedad y se debe principalmente a la retención de líquidos y a un aumento en la producción de sangre.

### Hiperémesis gravídica.

Es la terminología con la que se denomina a las náuseas y vómitos que afectan a las mujeres embarazadas que ocurren principalmente en el primer trimestre de embarazo, cuando éstos son recurrentes y suponen un riesgo de deshidratación para la madre. Se cree que sucede porque la hormona gonadotropina coriónica eleva sus niveles de forma muy rápida y esto provoca un malestar en algunas embarazadas.

### Hipo del feto.

La mujer embarazada percibe de vez en cuando unos movimientos rítmicos en el bebé que inducen a pensar que tiene hipo. Es una situación normal y muy común. Aunque el bebé todavía no respira por los pulmones, se denomina hipo y se debe a la inmadurez del bebé cuyo diafragma se contrae en determinadas situaciones.

Hipotiroidismo.

Se trata de una disminución en la producción de la hormona tiroidea, que segrega la glándula tiroidea. En el embarazo puede ser causa de aborto si no se ha diagnosticado. Sin embargo, si una mujer hipotiroidea sigue su tratamiento, éste puede llegar a su fin sin ningún problema.

Homeopatía.

Se trata de una medicina natural que puede ayudar a paliar, prevenir o sanar las molestias del embarazo como las náuseas, infecciones de orina, ciática, problemas gástricos o insomnio. Ya que la medicación tradicional está contraindicada en gran medida durante el embarazo, muchas mujeres recurren a los medicamentos homeopáticos durante la gestación.

Hormonas.

Desde el momento de la fertilización, una serie de hormonas comienzan a realizar su papel para que el embarazo llegue a buen término. Algunas de ellas sólo se dan durante la gestación y otras ya existían antes aunque modifican sus niveles durante el tiempo que dura el embarazo. Algunas de ellas son: progesterona, gonadotropina coriónica, estrógenos o lactógeno.

**I.**

Inducción al parto

Se trata de la provocación del inicio del trabajo de parto por motivos de salud. Esta decisión ha de depender de ginecólogo que atiende a la embarazada y nunca debe depender de la mamá y la decisión ha de estar basada en un diagnóstico certero que lo justifique. Se suele realizar cuando la continuación de la gestación puede ser peligrosa para la mamá o el bebé.

Ictericia.

La ictericia del bebé recién nacido ocurre cuando tanto su piel como la parte blanca del ojo tienen un color amarillento. Suele ocurrir porque su hígado es todavía inmaduro y es incapaz de eliminar la bilirrubina de forma eficaz. También ocurre al alimentarse con la leche materna, ya que se bloquean algunas proteínas de la leche materna en el hígado que trastornan la bilirrubina.

Inseminación artificial.

Es una técnica de reproducción asistida y supone la más sencilla de cuantas se realizan. Se trata de estimular la ovulación y controlarla mediante una ecografía. En el momento en el que la mujer está a punto de ovular, se obtiene una muestra de semen y se introduce a través de una cánula por la cavidad uterina prácticamente sin molestia ninguna.

Infección vaginal.

Los síntomas que presenta una infección vaginal en el embarazo es irritación, ardor, dolor o picazón en la zona genital. Durante el embarazo hay una predisposición a padecerlas debido a los cambios hormonales pero, aunque molestas, no revisten gravedad para el bebé ya que el útero está sellado y no entran agentes infecciosos del exterior.

Infertilidad.

A diferencia de la esterilidad que supone la imposibilidad de concebir un bebé, en la infertilidad la pareja sí puede conseguir un embarazo, sin embargo, éste no suele llegar a término y se produce un aborto. Entre las causas más frecuentes de la infertilidad está la edad tardía de la mujer a la hora de quedar embarazada y alteraciones en el semen del hombre.

Incompatibilidad de Rh.

Se da cuando la embarazada tienen un factor Rh negativo mientras que el bebé lo tiene positivo. Cuando ocurre, la sangre de ambos se pone en contacto y el cuerpo de la madre puede generar anticuerpos contra el Rh del bebé. Si esto ocurre, estos anticuerpos pueden atacar las células fetales y destruir sus glóbulos rojos, lo que provoca anemia en el bebé.

**J.**

**K.**

Kegel.

Son ejercicios de contracción vaginal propuestos por el doctor Arnold Kegel. Sirven para fortalecer los músculos del suelo pélvico y se realizan contrayendo y relajando el músculo pubococcígeo, también conocido como músculo del suelo pélvico, de forma repetida durante un tiempo determinado. De esta manera se previene o evita la incontinencia urinaria.

## L.

### Lanugo

Es el vello que recubre al bebé durante el embarazo y que, en muchos casos, permanece después del nacimiento. Este pelo protege la piel del bebé ya que su piel es muy fina, casi transparente durante las primeras semanas, por lo que sin ella la piel se ablandaría al estar en contacto constante con el líquido amniótico.

### Ligadura de trompas.

Es una cirugía que se utiliza como método anticonceptivo al obstruir las trompas de Falopio mediante una ligadura. Se considera una técnica de esterilización irreversible, aunque en los últimos tiempos se han realizado operaciones para unir de nuevo las trompas y permitir que se produzca el embarazo.

### Líquido amniótico.

Es el fluido en el que flota el bebé a lo largo del embarazo. Inicialmente es un líquido ultrafiltrado del plasma sanguíneo materno, pero a partir del segundo trimestre el bebé interviene en su producción con el filtrado de su riñón, tanto es así que a partir de la semana 18 es el bebé el que produce el líquido al llenar y vaciar su vejiga varias veces al día.

### Loquios.

Son la pérdida de sangre que tienen las mujeres tras el parto. Este sangrado está formado por sangre que proviene de lo que fue la placenta y tejido uterino que todavía quedan en el útero tras el parto. Los primeros días tienen la apariencia de una regla y después se vuelven rosados para terminar siendo marrones.

### Listeriosis.

Es una infección producida por la bacteria *Listeria* que se transmite por vía alimentaria. Se encuentra presente en algunos quesos, embutidos y ahumados que se deberían evitar a lo largo del embarazo ya que la bacteria puede transmitirse al bebé por vía placentaria y provocar graves secuelas en él, sobre todo neurológicas.

## **M.**

### Macrosomía.

Es el desarrollo excesivo del bebé, por encima del peso y tamaño que se considera normal. Durante el embarazo, la causa más frecuente de macrosomía es la diabetes gestacional. La ingesta no controlada de azúcar provoca que el bebé crezca excesivamente de tamaño mientras que sus órganos no se terminan de desarrollar en algunos casos.

### Matrona.

Es el profesional especializado que proporcionan a la mamá cuidados y atención desde el momento de la concepción y hasta el puerperio. La función de la matrona es dar información a la madre, impartir los cursos de preparación al parto, vigilar la evolución del embarazo y realizar algunas pruebas durante la gestación. También enseñará a la mamá todo lo relacionado con los primeros cuidados del bebé.

### Meconio.

Es la materia que se va acumulando en el intestino del bebé durante el embarazo y que elimina al nacer cuando hace las primeras deposiciones. Es una sustancia viscosa y su color va del verde oscuro al negro. Está compuesto de células muertas y secreciones del estómago. Si el bebé expulsara el meconio durante el embarazo habría que inducir el parto para evitar que lo tragara.

### Migraña.

Es un tipo de cefalea o dolor de cabeza que afecta a algunas mujeres durante el embarazo. No reviste gravedad pero sí son una molestia ya que durante la gestación se pueden sufrir dolores más fuertes e intensos que antes del embarazo, debido al cambio hormonal que sucede en el cuerpo de la embarazada.

### Monitorización fetal

Es una prueba que se realiza días antes de la fecha probable de parto para comprobar el estado de salud del bebé y si se han desencadenado ya las contracciones. La embarazada habrá de permanecer tumbada sobre una camilla mientras unos electrodos van midiendo una serie de datos a través de un monitor.

## **N.**

### Náuseas

Son uno de los primeros síntomas del embarazo y suelen darse principalmente por la mañana, aunque algunas embarazadas las padecen durante todo el día. En la mayor parte de los casos, las náuseas remiten tras el primer trimestre de embarazo. Se cree que se produce por los altos niveles hormonales a lo largo de la gestación.

Neonatología.

Es una de las ramas de la medicina que se ocupa del cuidado y salud de los bebés recién nacidos. Comprende el momento desde que el bebé nace hasta pasados las primeras semanas o meses. Los especialistas que ejercen la neonatología son pediatras y los cuidados suelen aplicarse en los hospitales.

**O.**

Oxitocina.

Es una hormona que se libera en el momento del parto y es indispensable para que el bebé nazca. Sin embargo, antes incluso del nacimiento del bebé, durante el embarazo ya está presente y es la responsable de desencadenar emociones positivas en la embarazada, contribuye a que se realicen cambios en el cuerpo de la mujer y facilita las contracciones.

Ovario.

Los ovarios son las glándulas sexuales femeninas y se encuentran a ambos lados del útero. Tienen un tamaño aproximado de dos centímetros y producen y segregan óvulos y hormonas sexuales tales como estrógenos y andrógenos. Son los responsables de liberar el óvulo durante el ciclo menstrual que, si finalmente es fecundado, dará lugar al embarazo.

Ovulación.

Se trata de uno de los procesos que se desencadenan durante el ciclo menstrual por el que un folículo ovárico se rompe y libera un óvulo, también llamado ovocito. En caso de que sea fecundado durante las 12 o 48 horas siguientes, se producirá un embarazo, en caso contrario comenzará a destruirse y la mujer tendrá la menstruación.

Óvulo.

Es la célula femenina que libera el ovario una vez al mes, aproximadamente en el día 14 del ciclo menstrual (en ciclos regulares de 28 días). Se aloja en el ovario, la glándula sexual femenina. En caso de que el óvulo sea fecundado por un espermatozoide comenzará el embarazo, en caso contrario, comenzará a desintegrarse y se producirá la menstruación.

## **P.**

### Parto en casa

Algunas mujeres optan por dar a luz a su bebé en el hogar. Para ello se hacen acompañar de una doula, matrona o ginecólogo que la acompañan para vigilar que el proceso sucede sin problemas. Los partos en casa sólo están indicados cuando no existe ningún tipo de riesgo para la mamá ni para el bebé.

### Parto inducido.

Se trata de desencadenar el parto de forma artificial. Los especialistas deben ser los únicos encargados en inducir el parto y se realiza cuando existe algún tipo de riesgo para la madre o el bebé. Para ello se administra por vía intravenosa a la mamá embarazada oxitocina para provocar las contracciones que inicien el parto.

### Parto natural.

Es un proceso que se inicia tras el embarazo y termina con el nacimiento de un bebé. El parto tiene una serie de etapas: dilatación, expulsivo y alumbramiento. El trabajo de parto tiene una duración media de entre 8 y 12 horas, aunque las mamás primerizas suelen tener un parto más largo. El parto comienza cuando las contracciones provocan el borrado del cuello uterino.

### Parto múltiple.

Es el nacimiento de más de un bebé. El tipo de parto dependerá de la posición de los bebés dentro del útero o de si existe riesgo para la mamá o los bebés. Los partos de dos o más bebés suelen realizarse en un alto porcentaje por cesárea. Sin embargo, si el parto es vaginal el expulsivo suele ser más sencillo para la mamá ya que los bebés son más pequeños.

### Parto por cesárea.

Cuando el parto se considera de riesgo o el bebé tiene dificultades para nacer, los especialistas optan porque el parto en lugar de ser natural sea por medio de cesárea. Para ello se administra anestesia epidural a la mujer y, con la ayuda de instrumental y un pequeño corte en la zona del púbis para atravesar el abdomen y el útero, el especialista ayuda al bebé al nacer.

Parto de nalgas.

Lo natural es que el bebé adopte una posición cefálica al nacer para que primero salga la cabeza, sin embargo en algunos casos las nalgas y los pies son los que asoman por el canal del parto. Esta posición se da sobre todo cuando el cordón umbilical es demasiado corto o la placenta está en la parte alta del útero.

Parto respetado.

Es aquel parto en el que no existe intervención ninguna por parte de ginecólogos y matronas ni se aplica medicación durante el proceso. La función de los especialistas es la de acompañar a la mamá embarazada durante la fase de dilatación y expulsivo para comprobar que todo sigue su curso natural.

Parto prematuro.

Se trata del parto que se produce entre la semana 21 y la semana 37 de gestación y también se conoce como parto pretérmino. En caso de que se dé antes de la semana 21 la viabilidad del bebé es nula por lo que se produciría un aborto. Suele darse por problemas en la madre, preeclampsia, edad tardía, malformaciones en el feto o consumo de alcohol y drogas.

Perineo.

Es la región del cuerpo de la mujer que forma el suelo pélvico. Tiene una forma triangular y por delante se encuentra la vulva y por detrás el borde del ano. La zona en medio es fibrosa y es un soporte esencial de los órganos genitales. Para evitar desgarros durante el parto es recomendable realizar masajes de periné previos al nacimiento del bebé.

Placenta.

Es el órgano que suministra oxígeno y alimento durante el embarazo. Además facilita la eliminación de los desechos que produce el bebé. La placenta está alojada en la cara interna del útero y está compuesta a partir de células fetales y maternas. Comienza a formarse a partir de la segunda semana de gestación y habrá de expulsarse tras nacer el bebé.

Placenta previa.

Generalmente la placenta, el órgano que conecta a la mamá con el bebé para que reciba el oxígeno y nutrientes necesarios para su correcto crecimiento, se coloca en la parte alta del

útero. Sin embargo, a veces se coloca encima del cuello del útero y provoca la obstrucción de la salida natural del bebé. Se detecta a través de una ecografía.

**Posparto.**

Se trata del período que se inicia después del parto y en el organismo de la mujer recupera su situación previa al embarazo. Durante esta etapa la mujer habrá de tener al menos dos revisiones con la matrona para que verifique el estado de salud de la mamá y el inicio de la lactancia en caso de que la mujer está dando el pecho.

**Preeclampsia.**

Es una enfermedad del embarazo que afecta a un 5 u 8% de las mujeres. Generalmente aparece después de la semana 20 de gestación y se manifiesta con hipertensión arterial, retención de líquidos y proteínas en la orina. La preeclampsia puede ser leve, moderada o severa, según sea la presión arterial de la embarazada.

**Prueba de ADN.**

Es la prueba más eficaz y exacta posible para determinar las relaciones familiares entre personas. Se suele realizar para verificar la paternidad de un hombre hacia un bebé. El informe de la paternidad indicará si el hombre es el padre biológico o no del niño. Suele realizarse recogiendo una muestra de saliva.

**Prueba del talón.**

Cuando nace el bebé se le extrae una muestra de sangre del talón y a la semana se le realiza otra. Con este test se intenta encontrar la posible presencia de enfermedades congénitas en el recién nacido. Se realizan durante los primeros días ya que su detección precoz es fundamental para poder tratarlas y que puedan ocasionar lesiones más graves.

**Puerperio.**

También conocido como cuarentena, es el período en el que, a lo largo de 40 semanas el cuerpo de la mujer recupera su situación previa al embarazo. Todos los órganos han de recuperarse y volver a su sitio. Durante este período se produce una hemorragia vaginal similar a la de la menstruación. Es un período de cambios físicos y emocionales.

**Q.**

## **R.**

Reproducción asistida.

En ocasiones resulta imposible conseguir un embarazo por métodos naturales por lo que se recurre a las técnicas de fertilidad o de reproducción asistida. La más conocida de todas es la fecundación in vitro, aunque existen otras medias como la microeyección espermática o la inseminación artificial.

Reposo absoluto.

En algunos casos los expertos recomiendan a la embarazada permanecer en reposo absoluto durante la gestación. Con ello se trata de impedir la interrupción espontánea del embarazo o riesgos en el desarrollo del bebé. Suele ocurrir en embarazos de alto riesgo aunque también se da en otras situaciones.

Ritmo cardíaco fetal.

El corazón de un bebé en el útero materno y recién nacido es muy superior al de un adulto. Se considera normal un ritmo cardíaco entre 120 y 160 pulsaciones por minuto. Cuando duermen, sin embargo, puede bajar un poco la frecuencia. Una de las causas es que las células del corazón del bebé son de menor tamaño a las del adulto.

Rubeola.

Fuera del embarazo, la rubeola es una enfermedad que no tiene por qué tener ningún riesgo para quien la padece. Sin embargo, si una mujer embarazada se ve infectada por el virus de la rubeola, puede llegar a causar daños al bebé. Puede causar tanto trastornos congénitos como incluso la pérdida del bebé.

## **S.**

Sangrado.

Uno de los síntomas del embarazo es la ausencia de regla, por lo que si en algún momento del embarazo se producen sangrados es importante acudir al centro de salud para que valoren el estado del bebé. Sin embargo, un ligero sangrado es normal en el primer trimestre de embarazo y no siempre indica que se puede producir un aborto.

Sexo del bebé.

El sexo del bebé se determina en el mismo momento de la concepción, sin embargo no será visible a través de una ecografía a partir del segundo trimestre, sobre la semana 12 o 14 si se deja ver. La confirmación más certera se podrá realizar con la ecografía de la semana 20 de embarazo.

Sialorrea.

Exceso de salivación durante el embarazo. Generalmente se da entre las semanas 6 y 20 de embarazo y las causas aparecen estar relacionadas con la alteración hormonal y los problemas de reflujo gástrico. Entre los remedios contra esta molestia sensación, están el ingerir pequeñas cantidades de comida cada tiempo, beber agua en cuanto se note el exceso de saliva o aumentar el número de veces de cepillado de los dientes.

Síndrome alcohólico fetal.

Se produce cuando el bebé nace con trastornos mentales, evolutivos y funcionales debido a malos hábitos de la madre durante la gestación asociados a la ingesta de alcohol. Los especialistas recomiendan que las mujeres embarazadas no beban ni una gota de alcohol durante el embarazo para evitar el SAF.

Sufrimiento fetal.

Es un término bastante amplio que se utiliza para expresar una situación de dificultad durante el embarazo o el parto que pone en riesgo al bebé. Se detecta a través del monitor fetal que se coloca a la mamá embarazada ya que en él quedan recogidas todas las alteraciones en la frecuencia cardíaca.

**T.**

Tabla china.

La tabla china se usa para predecir el sexo del bebé durante el embarazo. Se trata de un calendario para determinar si el bebé que va a nacer será niño o niña, a partir de dos datos: la edad de la madre y el mes exacto en que el bebé fue concebido. Según cuenta la tradición, la tabla china, si bien utilizada, acierta en un 90 por ciento de los casos. Muchas mujeres, desde hace generaciones, también han empleado esta tabla para quedar embarazada de un bebé del sexo deseado.

## Temperatura basal.

La temperatura basal es la temperatura más baja que tiene el cuerpo tras un reposo de por lo menos 5 horas. Con el método de la temperatura basal se puede saber los días fértiles en el ciclo menstrual de una mujer. Para realizar un cuadro de temperatura basal, la mujer debe tomarse la temperatura cada mañana a la misma hora, en cuanto se despierte y mientras esté en la cama, y anotarla en la fecha correspondiente en una tabla, durante al menos un mes. La temperatura basal ayuda a la mujer conocer sus días fértiles, tanto para aumentar las posibilidades de quedarse embarazada como para evitar el embarazo.

## Test de Apgar.

Se trata de una prueba de evaluación del cuadro de vitalidad de un bebé, justo cuando acaba de nacer. La puntuación del test de Apgar se determina en tres etapas: al minuto de nacer, a los 5 y a los 10 minutos. Se observa el ritmo cardíaco, la respiración, el tono muscular, los reflejos y el color de la piel del bebé. Cuando la puntuación en alguna de las etapas es muy baja, es posible que el bebé tenga que ser observado en una incubadora durante las primeras horas de vida.

## Trabajo de parto.

Existen señales o síntomas que indican que el parto va a empezar. A estas señales se da el nombre de Trabajo de parto, que consiste en una serie de contracciones continuas y progresivas del útero que hacen con que el cuello uterino se dilate y adelgace, para permitir que el bebé pueda pasar por el canal de parto, y nacer. Además de este síntoma, la ruptura de la bolsa amniótica y la expulsión de algo de sangre, mezclada con un poco de secreción vaginal, también pueden indicar que se inicia el trabajo de parto.

## Tapón mucoso.

El tapón mucoso es una sustancia espesa de color amarronado que se crea por las secreciones del cuello uterino, al inicio del embarazo, para evitar que entren gérmenes en el útero, que puedan ascender por el cuello de la matriz y producir una infección. Funciona como una barrera protectora, un sellado del cuello del útero, y se expulsa días, semanas u horas antes del parto, muchas veces sin darse cuenta la embarazada. Por lo general, el tapón mucoso no es grande y es una señal de que el trabajo de parto se acerca.

## Toxoplasmosis.

La toxoplasmosis es una infección muy común, transmitida y causada por un parásito llamado *Toxoplasma gondii*. El periodo de incubación de la enfermedad es, aproximadamente, de una a dos semanas, y sus síntomas son parecidos a los de la gripe o a los de la mononucleosis infecciosa, caracterizada por fatiga, dolores musculares, fiebre y glándulas hinchadas. La infección suele ocurrir sólo una vez en la vida y representa peligro sólo cuando se adquiere durante el embarazo porque puede poner en peligro la salud de su bebé, además de suponer un riesgo para las personas inmunodeprimidas, es decir, que están afectadas por enfermedades que disminuyen sus defensas contra las infecciones.

Test de O'Sullivan.

También conocido como prueba del azúcar o prueba de la curva, el test de O'Sullivan es un examen médico que se realiza entre la semana 24 y 28 del embarazo para averiguar si la embarazada sufre de diabetes gestacional. La prueba se realiza realizando sobrecarga de azúcar y analizando la sangre de la mamá.

Triple Screening.

A la embarazada se le realiza un análisis de sangre para detectar alguna anomalía en el bebé que está creciendo. En concreto esta prueba detecta la presencia de tres hormonas: jcG, estriol no conjugado y alfafetoproteína. Además de anomalías, las cantidades elevadas pueden indicar también un embarazo múltiple.

## **U.**

Útero.

El útero es el aparato reproductor de la mujer. Es el órgano interno de reproducción en el que se desarrolla el feto. También conocido por matriz, el útero es un órgano muscular hueco, que tiene la forma de pera y está revestido por una mucosa conocida por endometrio. El útero se localiza en la pelvis de la mujer, entre la vejiga y el recto. La principal y más importante función del útero es acoger el óvulo fecundado, que se convierte en un embrión y luego en feto, y que crecerá hasta el momento del parto.

## **V.**

Varices.

Las varices aparecen en las piernas como pequeñas arañas de color azul o morado. Suelen aparecer en el embarazo en mujeres que nunca han tenido o mostrarse más grandes en las

que ya tenían. Son más propensas a padecerlas las mujeres con antecedentes familiares. Para prevenirlas conviene caminar regularmente y descansar con las piernas en alto.

Vernix caseosa.

Es una sustancia de color blanco que recubre la piel del bebé al nacer. También es llamada unto sebáceo. Está compuesta principalmente por agua, aunque también tiene grasa y proteínas. Comienza a formarse en la semana 20 del embarazo y su función es la de proteger la delicada y fina piel del bebé.

Vómitos.

Los cambios en los niveles hormonales pueden provocar vómitos y náuseas en las embarazadas. Es muy común que estos episodios sean más frecuentes en el primer trimestre. Pese a la molestia que supone, no revisten gravedad y pueden ser combatidos comiendo poca cantidad de comida con bastante frecuencia.

**W.**

Walking epidural.

Se conoce también como la epidural ambulante. Se trata de una anestesia que trata de controlar los dolores del parto sin dejar a la mujer paralizada de cintura para abajo. Con la walking epidural la mujer puede andar y moverse durante la dilatación, además es consciente de las contracciones y permite que pueda realizar los pujos con más facilidad.

**X.**

**Y.**

Yodo.

El yodo es un micronutriente muy importante durante en el embarazo ya que su función es la de intervenir en el desarrollo cerebral y el crecimiento y regulación del metabolismo del niño. Para obtener la cantidad de yodo necesaria a la embarazada le suelen recetar suplementos, sin embargo, también puede obtenerlo de ciertos alimentos.

Yoga.

Es una práctica muy beneficiosa para las embarazadas ya que ayuda a mantener la flexibilidad y a fortalecer el sistema muscular. Además, estimula el retorno venoso de las

piernas y la circulación. También ayuda en el plano emocional ya que ayuda a que la mujer se relaje y baje su nivel de estrés a lo largo de la gestación.

## **Z.**

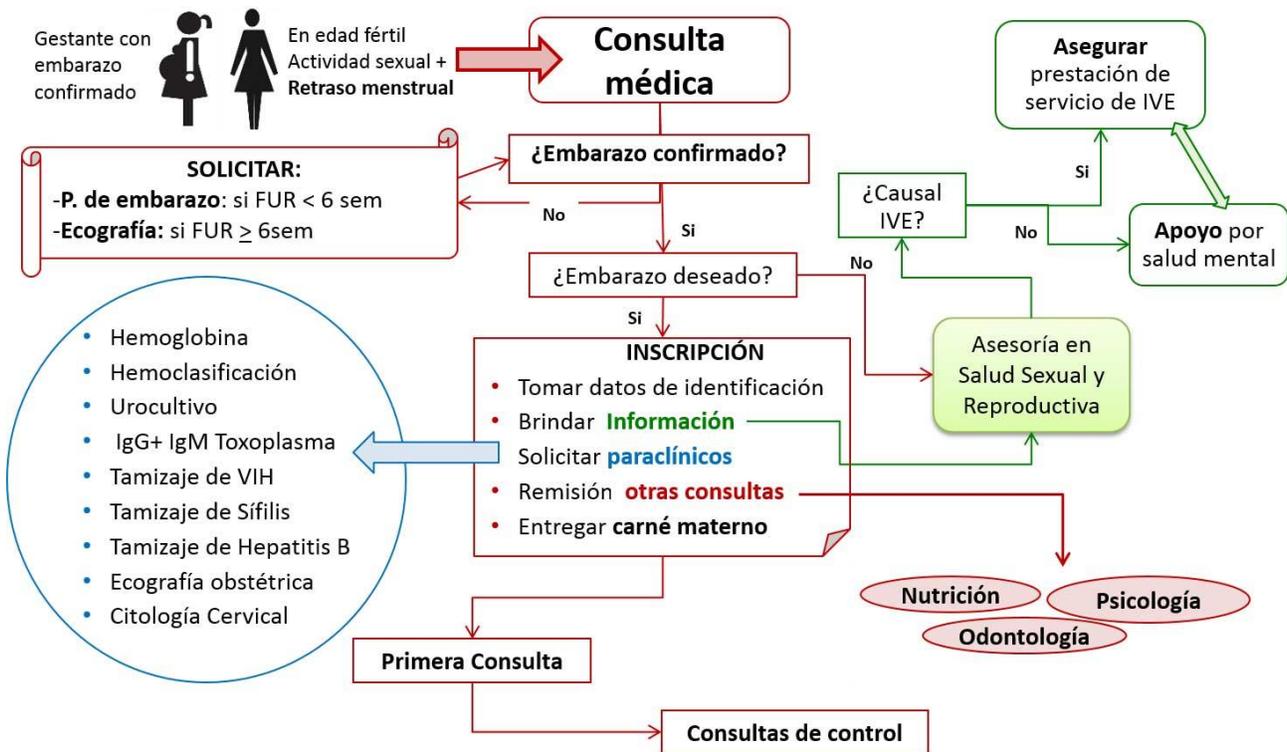
Zigoto.

El cigoto o cigoto es la célula que resulta de la unión del gameto masculino con el femenino tras la fecundación. Es el pequeño huevo que tiene un largo camino por delante de 40 semanas de gestación y que irá desarrollándose y creciendo. Un día y medio después de la concepción, el cigoto comienza a dividir sus células.

## 12. Anexos.



Durante la consulta preconcepcional, valoramos distintos aspectos que se observaran en la usuaria que quiere embarazarse o se encuentra en gestación.



Tenemos que tener en cuenta que para un control de calidad, se debe de iniciar desde la sospecha de embarazo, para así mismo realizar las siguientes pruebas y análisis correspondientes para la mujer gestantes y tener una protección para ella y su bebe.

## Consultas del **CONTROL PRENATAL**

	CONSULTA DE PRIMERA VEZ	CONSULTA DE SEGUIMIENTO Y CONTROL
MOMENTO	- Tan pronto se conozca del embarazo. - Idealmente en el primer trimestre.	Según la normatividad vigente: cada mes hasta la semana 36 y luego cada 15 días hasta la semana 40.
DURACIÓN *	30 minutos	Mínimo 20 minutos
PROFESIONAL	Médico/a general	- Según evaluación de riesgo podrá ser realizada por: enfermera/o, médico/a general o especialista en obstetricia. - Por norma, en la semana 36, toda gestante deberá ser vista por especialista en obstetricia para evaluar factores de riesgo relacionados con el parto.
ACTIVIDADES ESPECÍFICAS	- Establecer <b>edad gestacional (EG)</b> y <b>fecha probable de parto (FPP)</b> . - Categorizar <b>peso materno</b> . - Establecer el <b>Riesgo Obstétrico</b> . - Evaluar situación de <b>Violencia</b> .	- Registro de nuevos síntomas, signos u otros eventos asociados a la gestación. - Indagar cumplimiento de indicaciones, tratamientos y recomendaciones. - Realizar seguimiento de: incremento de peso, de altura uterina y comportamiento de la presión arterial.

En las siguientes consultas del control prenatal, se especifica el momento, duración. El profesional y actividades específicas que se llevarán durante las siguientes visitas de la gestante.

# Control Prenatal

# #CuidandoDeTi

Son todas las acciones y procedimientos, sistemáticos o periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que durante el embarazo pueden generar complicaciones o muerte en la embarazada y en el bebé.

## Objetivo



Es prevenir todas las complicaciones maternas y fetales del embarazo a través del diagnóstico oportuno y vigilancia adecuada del embarazo.

## ¿En qué consiste?



Asesorar y capacitar a la embarazada durante toda la gestación en relación a temas como:

- o Actividad física
- o Vacunación
- o Sexualidad
- o Violencia intrafamiliar
- o Actividades cotidianas
- o Infecciones
- o Alimentación y suplementos alimenticios
- o Determinar riesgo obstétrico
- o Cambios en el estado de ánimo
- o Higiene
- o Enfermedades maternas previas al embarazo
- o Medidas de seguridad
- o Cambios fisiológicos del embarazo
- o Adicciones



El control prenatal, son acciones y procedimientos, sistemáticos o periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores de riesgo o complicaciones del embarazo.



Desde el momento que tenemos el embarazo confirmado debemos de informar a la usuaria, sobre los signos y síntomas que presentara la mujer embarazada tanto en los primeros meses asi como en los ultimos.

**Gráfica 1. Reducción anual promedio en la TMM para países latinoamericanos, 1990-2013**

País	TMM 1990	TMM 2013	TMM
Chile	47.8	18.7	-4.10%
Honduras	153.1	72	-3.40%
Bolivia	382.4	179.6	-3.40%
Perú	131.5	63.7	-3.20%
Uruguay	38.7	22.9	-2.30%
Ecuador	142.7	84.6	-2.30%
El Salvador	105.5	65.8	-2.10%
Paraguay	145.6	95.2	-1.90%
<b>Promedio LATAM</b>	94.5	63.5	<b>-1.85%</b>
Nicaragua	105.3	65.7	-1.80%
<b>México</b>	73.8	54	<b>-1.40%</b>
Guatemala	112.8	86.7	-1.20%
Brasil	73.1	58.7	-1.00%
Costa Rica	31.1	24.9	-1.00%
Venezuela	66.6	54.7	-0.90%
Panamá	62.3	55.2	-0.60%
Argentina	60.2	54.7	-0.40%
Colombia	68.2	62.9	-0.40%

Fuente: Kassebaum, N. J., et al. (2014). Global, regional, and national levels and causes of maternal mortality during 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. The Lancet, 384(9947), 980-1004.

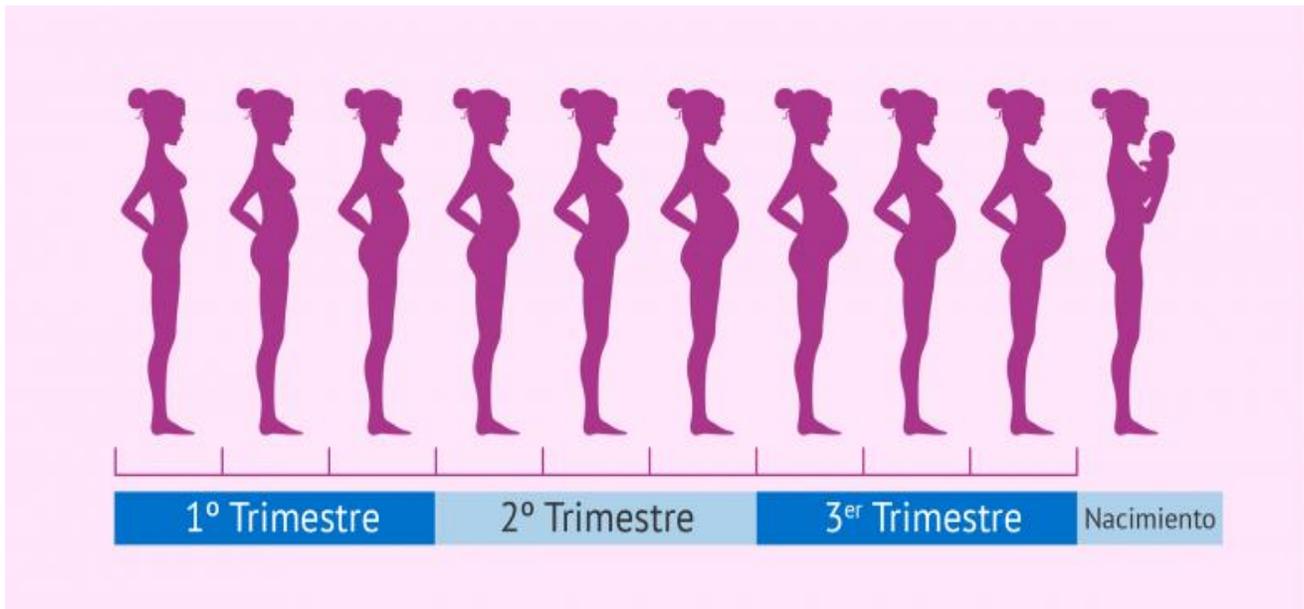
# Si acudes a control prenatal, durante el embarazo, evitarás:

- Hemorragia obstétrica
- Sepsis
- Enfermedad hipertensiva
- Edema
- Proteinuria en el embarazo
- Complicaciones en el parto y puerperio

**Juntos contra la Mortalidad Materna**



Son bastantes los beneficios que tiene una mujer al llevar un control prenatal de calidad y por ello cabe mencionar que evitara: hemorragias obstétricas, infecciones, enfermedades hipertensivas y complicaciones durante el parto y puerperio causas principales de muerte materna.



Son muy evidentes los cambios físicos de la mujer al pasar los trimestres de embarazo.

# ETAPAS DEL EMBARAZO MES A MES

 <ul style="list-style-type: none"> <li>- Comienza el primer trimestre</li> <li>- Ovulación y concepción</li> <li>- A partir de la cuarta semana algunas pruebas de embarazo caseras pueden confirmar el embarazo.</li> <li>- El embrión consiste de dos células.</li> </ul> <p><b>1er Mes</b></p>	 <ul style="list-style-type: none"> <li>- Síntomas de embarazo: fatiga extrema, micción frecuente, náuseas matutinas, y fluctuación hormonal</li> <li>- El corazón del bebé ya comienza a latir.</li> <li>- El cerebro del bebé ya se ha formado.</li> </ul>  <p><b>2do Mes</b></p>	 <ul style="list-style-type: none"> <li>- El embrión finalmente se convierte en un feto.</li> <li>- Las náuseas matutinas se atenúan.</li> <li>- El feto alcanza el tamaño de una ciruela.</li> </ul>  <p><b>3er Mes</b></p>
 <ul style="list-style-type: none"> <li>- Inicia el segundo trimestre.</li> <li>- El esqueleto del bebé comienza a endurecer y ya es posible que aparezca en los rayos x.</li> <li>- El bebé mide alrededor de 13 centímetros y pesa aproximadamente 140 gramos.</li> </ul>  <p><b>4to Mes</b></p>	 <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se pueden sentir las pataditas del bebé.</li> <li>- El bebé comienza a desarrollar el sentido del oído.</li> <li>- En esta etapa del embarazo, es común sufrir algunos malestares tales como: dolor de espalda, indigestión, acidez, dolor de cabeza, retención de líquidos, mareos, y estreñimiento.</li> </ul>  <p><b>5to Mes</b></p>	 <ul style="list-style-type: none"> <li>- En este mes se llega al punto medio del desarrollo del embarazo.</li> <li>- Al terminarse este mes el bebé estará casi completamente formado.</li> </ul>  <p><b>6to Mes</b></p>
 <ul style="list-style-type: none"> <li>- Existe la posibilidad de experimentar las contracciones de Braxton Hicks.</li> <li>- El cerebro del bebé comienza a procesar las imágenes y sonidos captados por sus sentidos de la vista y del oído.</li> <li>- El bebé mide alrededor de 33 cm.</li> </ul>  <p><b>7mo Mes</b></p>	 <ul style="list-style-type: none"> <li>- El bebé está completamente desarrollado y está aumentando de peso.</li> <li>- Los pulmones están casi totalmente desarrollados.</li> </ul>  <p><b>8vo Mes</b></p>	 <ul style="list-style-type: none"> <li>- Algunos malestares comunes incluyen: las contracciones de Braxton Hicks, presión pélvica, dificultad para dormir.</li> </ul>  <p><b>9no Mes</b></p>

También tenemos los cambios del feto durante los meses que se encuentra dentro de la madre.

# EMBARAZO Y NUTRICIÓN

## CONSEJOS GENERALES



Incluye en tu menú alimentos de todos los grupos.



Procura beber unos 10 vasos de agua diarios.



Realiza 5 comidas diarias.



Recuerda lavar muy bien las frutas y verduras.



Modera el consumo de sal.



Elimina de tu dieta productos dañinos como alcohol, tabaco...



Disminuye el consumo de café y productos con cafeína.



Evita el consumo de alimentos crudos como huevo, pescados o carne.



Practica ejercicio físico que te ayude a mantener el peso.



La nutrición durante el embarazo y el consumo adecuado de nutrientes es de suma importancia, tanto para la madre como del producto para que así tener un embarazo ideal.



shutterstock.com • 655359853